

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
UNAN – MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Informe final para Optar al Título de Médico y Cirujano

Comportamiento de enfermedades dermatológicas en niños atendidos en Centro Nacional de
Dermatología, septiembre a noviembre, 2016

Autoras:

Br. Thelma Fernanda Balladares Norori

Br. Oswania Belén Rayo Olivas

Tutores:

Dra. Elvia Martínez

Dra. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez

Enero, 2018

Contenido

CAPÍTULO I: GENERALIDADES	4
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
OPINIÓN DEL TUTOR	7
1.1. INTRODUCCIÓN	8
1.2. ANTECEDENTES	9
1.3. JUSTIFICACIÓN	11
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.5. OBJETIVOS	13
1.5.1. General:	13
1.5.2. Específicos:	13
1.6. MARCO TEÓRICO	14
CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	27
2.1. Tipo de estudio	28
2.2. Universo	28
2.3. Muestra	28
2.3.1. Criterios de inclusión y exclusión:	29
2.4. Método, técnica e instrumento de recolección de información	30
2.4.1. Método e Instrumento	30
2.4.2. Validación del instrumento	30
2.5. Procesamiento de la información	30
2.6. Enunciado de las variables	31
2.7. Operacionalización de variables	32
2.7.1. Cruces de variables	33
2.8. Aspectos éticos:	34
CAPÍTULO III: DESARROLLO	35
3.1. RESULTADOS	36
3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	39
3.3. CONCLUSIONES	40
3.4. RECOMENDACIONES	41

CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA	42
4.1. Bibliografía básica	43
4.2. Bibliografía de consulta.....	44
CAPÍTULO V: ANEXOS.....	45

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

DEDICATORIA

El siguiente trabajo está dedicado a Dios, por la vida que nos ha concebido, por darnos la sabiduría para culminar nuestra carrera y la fuerza espiritual para llevarla a cabo.

A nuestros padres, quienes siempre estuvieron acompañándonos en este largo camino, siendo este logro no solo nuestro, también de ellos.

A nuestro compañero Alejandro Willy López Guevara (Q.e.p.d), que a pesar de que ya no nos acompañe físicamente su recuerdo y su entusiasmo siempre está con nosotras.

AGRADECIMIENTO

Damos gracias a Dios por mantenernos la fe, esperanza y deseos superación profesional y personal.

A nuestros padres, ya que sin ellos no lo podríamos haber hecho, siendo pilares fundamentales en nuestras vidas, siempre con su apoyo, paciencia y amor.

A nuestras tutoras, quienes nos acompañaron incondicionalmente, guiándonos siempre con dedicación.

OPINIÓN DEL TUTOR

Los problemas dermatológicos en niños tienen un porcentaje muy significativo en la carga asistencial en la consulta de atención primaria. Siendo estos responsables de un 5% de las atenciones de la morbilidad pediátrica.

No obstante investigar el comportamiento de las dermatosis en niños no ha sido muy estudiada, así conocer las lesiones más frecuentes es indispensable para planear programas de prevención y tratamiento, así como para capacitar a los futuros dermatólogos.

Las Bachilleres Balladares y Rayo aspirantes al título, han demostrado interés en el proceso de investigación con disciplina y dominio temático con una amplia revisión bibliográfica.

Felicito a las investigadoras por este estudio que será de utilidad para futuras estudios e insto a que continúen desarrollando sus habilidades en el área de la investigación científica.

Msc. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez

Tutora

1.1. INTRODUCCIÓN

La piel constituye un órgano vital muy extenso que con sus múltiples funciones contribuye a asegurar el organismo humano, su vida y su salud, y protege del ambiente a todos los órganos y aparatos del cuerpo. Su importancia no radica sólo en su función protectora, sino en su trabajo fisiológico muy complejo. Constituye el órgano mayor de la economía al representar hasta el 10% del peso total del individuo.

En el caso de los niños y específicamente los recién nacidos y lactantes, estos poseen una piel fina, suave y expuesta ya sea al descuido o al cuidado excesivo, ambos pueden igualmente alterar su integridad, además de no haber adquirido aún la inmunidad o la resistencia a las infecciones, picaduras, etcétera, por tanto pueden ocasionar reacciones de leves a graves. Esta situación difiere a la piel del adulto en los cuales es físicamente menos permeable a muchas sustancias, sobre todo líquidos que entran en contacto con ella. (Martinez, Pastrana, & Ramirez, 1999)

Las enfermedades de la piel constituyen uno de los principales motivos de consulta externa general y representan del 6 al 24% de la consulta pediátrica. (Uriarte, Sáez-de-Ocariz, Durán McKinste, Orozco Covarrubias, Gonzales , & Ruíz-Maldonado, 2005). Según Fitzpatrick, en los Estados Unidos de Norteamérica, una de cada tres personas presenta enfermedades de la piel. Entre los pacientes ambulatorios pediátricos se estima que el 15-30% de las consultas se deben a una enfermedad de la piel y el nivel de atención primaria podría resolver el 90% de esta demanda. (Martinez, Pastrana, & Ramirez, 1999)

El Centro Nacional de Dermatología, tiene un promedio de consultas ambulatorias en el año de 38,353 pacientes atendidos por cualquier causa y egresos de 33 pacientes por día, presentando como principales causas las enfermedades de las venas, vasos y ganglios linfáticos, enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo en su mayoría niños, trastorno flictenulares, melanoma y otros tumores malignos de la piel. (MINSA, 2004)

1.2. ANTECEDENTES

Sobre el tema de investigación se han realizado un sin número de estudios entre las cuales más importante encontramos:

A nivel internacional.

1994, Martínez Borrego, Pastrana Findora y cols. Morbilidad por afecciones dermatológicas, Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez, La Habana Cuba. En el cual se concluyó que las primeras causas de morbilidad por afecciones dermatológicas fueron: escabiosis 30,7 %, dermatitis de causa externa 10,8 %, piodermitis 9,1 %, verrugas vulgares 7,5 %, *moluscum* contagioso 3,9 % y *Pitiriasis alba* 3,1 %; las demás entidades están por debajo del 3 %. Con respecto a los grupos etarios, el 30 % correspondió al grupo comprendido entre 0 a 1 año y casi el 60 % hasta los 5 años de edad. El sexo no tuvo diferencias significativas en el trabajo. (Martínez, Pastrana, & Ramírez, 1999).

2010, Hernández y Ramírez, Comportamiento de afecciones dermatológicas en los pacientes que acudieron a la consulta de dermatología en el Policlínico Universitario Dr. "Carlos J. Finlay" de Cuba. Obteniendo como principales resultados que el diagnóstico de mayor morbilidad fue la dermatitis 22.2%, seguida de las micosis 18.9%. La tiña capitis el 21.4% Los niños de 6 a los 10 años representaban el 9.9% de todos los grupos poblacionales que requirieron atención. El sexo masculino se encontró por encima del sexo femenino, pero en los menores de 5 años y en los mayores de 11 años, las mujeres fueron la mayor representación. (Hernández Valadez & Ramírez Bustos, 2011).

2012, Arenas, Calderón y cols. Caracterización de las consultas dermatológicas en urgencias y hospitalización de la población pediátrica en el Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia. En dicho estudio pudieron observar que las enfermedades infecciosas fueron el motivo de interconsulta más prevalente en los pacientes valorados por urgencias (42,7 %) y en los hospitalizados (43,7 %). En la distribución por edad, los escolares ocuparon el primer lugar de frecuencia (26,2%). 43,8 % de los pacientes de urgencias y 78,9 % de los hospitalizados tenía antecedentes patológicos; los más frecuentes, síndrome

broncoobstructivo y enfermedad oncohematológica. (Arenas, Calderón, Claudia Rodríguez, Torres, Mejía, & Robayo, 2012).

A nivel Nacional.

2011. Guzmán González, Mercado Casco. Determinar la prevalencia del eccema atópico en niños que asisten a los centros pre-escolares de la ciudad de Managua. Los resultados demuestran que la prevalencia detectada de dermatitis atópica fue del 20%, del cual el 48.5% de los niño(a)s estudiados tienen 4 y 5 años respectivamente y un 3% de 3 años de edad. La distribución según sexo no tuvo relevancia. En cuanto a la edad de inicio de dermatitis atópica obtuvimos que el 61% de los casos iniciaron entre los 2 y 5 años de edad; y el 39% antes de los 2 años. La localización de la dermatitis atópica reveló una frecuencia mayor en las piernas (58%), seguido de los codos y cara con un 55% y 52%, respectivamente. (Guzmán González & Mercado Casco, 2011).

2011. Duarte y Blandón .Determinar los factores asociados a Urticaria en Pacientes atendidos en el Centro Nacional de Dermatología “Dr. Francisco José Gómez Urcuyo”, Managua. Fue un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal la muestra estaba conformada por 30 pacientes con diagnóstico de urticaria donde el 16.6% de los afectados eran niños de 1 a 4 años del total de los asistieron. (Duarte Osorio & Blandón Cano, 2012).

2014. Alonzo y Álvarez. Uso de crema de Hidrocortisona 1% en crema para las dermatitis atópica como más frecuente padecimiento en niños de 2 a 12 años atendidos en consulta externa del Centro Nacional de Dermatología, “Dr. Francisco Gómez Urcuyo”, Managua. Los resultados demuestran que el mayor grupo de edad afectado por esta patología el 40.0% tenían de 2 a 4 años, el 52.0% eran de sexo femenino. El 43.0% tenían dermatitis atópicas crónica diferente a menores grupos que tenían esta patología en subaguda y crónica. El 42 % de los pacientes manifestaron eventos adversos medicamentosos durante el tratamiento con Hidrocortisona crema 1%, según datos obtenidos de los expedientes clínicos éstos fueron: Sobreinfección en 22 pacientes (27 %), seguido de Despigmentación de la piel en 7 (9 %), y Sensibilización cutánea en 5 (6%). (Alonso Lazo & Álvarez Barrios, 2014).

1.3. JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos años se ha observado un incremento en la asistencia a la consulta dermatológica en niños y niñas, representando a nivel mundial entre el 6% y el 24% de las consultas pediátricas y, a pesar de esto, los trastornos cutáneos en países en vías de desarrollo no han sido tomados como un problema lo suficientemente significativo para representar un tema de salud pública.

Este trabajo de investigación será de utilidad para conocer el comportamiento de las dermatosis más frecuentes en niños y niñas y de esta manera favorecerá la planificación de recursos humanos y de insumos médicos del Centro Nacional de Dermatología de acuerdo a sus necesidades, además de proponer estrategias educativas en el personal de salud y población en general sobre las enfermedades encontradas y por consiguiente mejorar en la calidad de la atención.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cutáneas son una causa importante de morbilidad, especialmente en niños en edad escolar, a nivel mundial. Además de tener un alto impacto en términos de costo en los tratamientos, días de ausencia en la escuela y en el estado emocional de los pacientes; representando una causa importante de trastornos psicológicos en niños por lo que afectan de manera importante la calidad de vida de estos pacientes. Por todo lo anterior se plantea la siguiente investigación:

¿Cuál es el comportamiento de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños de 2 a 5 años atendidos en consulta externa del Centro Nacional de Dermatología de Septiembre a Noviembre, 2016?

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. General:

Determinar el Comportamiento de las enfermedades dermatológica en niños y niñas de 2 a 5 años atendidos en Centro Nacional de Dermatología de septiembre a noviembre, 2016

1.5.2. Específicos:

1. Caracterizar socio - demográficamente a los niños con problemas dermatológicos
2. Identificar los antecedentes personales del grupo estudiado
3. Conocer las manifestaciones clínicas al momento de la atención médica
4. Identificar los principales diagnósticos clínicos y medios de laboratorio utilizados en los niños y niñas incluidos al estudio.

1.6. MARCO TEÓRICO

Las dermatosis son patologías que se presentan frecuentemente en poblaciones de países en vías de desarrollo. Sin embargo hay pocos estudios que le den importancia a estas enfermedades, las cuales suponen un gran problema de salud pública. Esta conducta se debe a que las enfermedades cutáneas raras veces ponen en peligro la vida del paciente y por lo tanto, no han sido consideradas lo suficiente para prestarles la debida atención. (H., 1997)

La incidencia de estas patologías ha incrementado debido a diferentes factores sociales, económicos, nutricionales, ambientales y climáticos, así también debido a los factores genéticos particulares que cada población presenta.

Un pequeño número de estudios epidemiológicos han sido reportados con respecto a dermatosis infantiles en países en vías de desarrollo. En países subdesarrollados la prevalencia de dermatosis en niños y niñas en edad escolar oscila entre 34 y 87.7%.

Diversas estadísticas americanas nos informan que los problemas cutáneos en una consulta ambulatoria de Pediatría representan el 4-6 % del total de consultas y del 6-8 % de las visitas si excluimos las consultas de control del niño sano. Si a ello sumamos las consultas que, "aprovechando" la visita realizada por otro motivo, hace la madre sobre algo relacionado con la piel de su hijo, este porcentaje se eleva al 9 %. (Albisu, 2005)

6.1. LESIONES ELEMENTALES DE LA PIEL

Las lesiones elementales de la piel se dividen en primarias y secundarias. Las lesiones primarias son las que aparecen sobre la piel previamente sana, mientras que las lesiones secundarias se producen por una agresión externa sobre la piel o como consecuencia de la evolución de las primarias. El conjunto de lesiones elementales que aparecen en la piel de un enfermo se denomina erupción o "rash". En este sentido, cuando decimos que un paciente presenta una erupción o un exantema cutáneo en realidad no estamos dando ninguna información sobre las características de dicha lesión, ya que las engloba a todas.

- Lesiones primarias sólidas

Mácula: Es una mancha o cambio de coloración de la piel sin relieve ni cambio de textura, por lo que no es palpable. Puede ser;

- Eritematosa cuando es debida a inflamación o dilatación vascular.
- Purpúrica cuando ocurre por extravasación hemática.
- Hiperpigmentada por aumento de melanina o por depósito de pigmentos exógenos.
- Hipopigmentada por ausencia o disminución de pigmento melánico.

Pápula: Elevación circunscrita y palpable de la piel, de menos de 1 cm de diámetro. Es debida a un aumento del componente celular o estromal de la dermis o de la epidermis. Cuando el diámetro es mayor de 1 cm se denomina placa.

Nódulo: Es una lesión que se identifica por palpación, sólida, redondeada, que puede originarse en epidermis, dermis o tejido celular subcutáneo y que no necesariamente produce una elevación de la piel. Cuando un nódulo se reblandece por el centro, se ulcera drenando pus y material necrótico y cura dejando una cicatriz deprimida se denomina goma.

Habón o Roncha: es una pápula o placa rosada, pruriginosa y edematosa de poco relieve cuya característica fundamental es su evanescencia, desapareciendo en menos de 24 horas. Es debida a la presencia de edema en la dermis superficial. Es característica de la urticaria.

- Lesiones primarias de contenido líquido

Vesícula: Es una colección de líquido que puede estar localizada en epidermis o en la dermis, con un diámetro inferior a 0,5 cm. Cuando el tamaño es mayor se denomina ampolla o flictena. Suelen producir elevación de la piel y su contenido es variable, desde sangre a suero.

Pústula: Es una vesícula de contenido purulento. Cuando el pus se acumula en dermis o hipodermis se denomina absceso.

Quiste: Es una cavidad rodeada de una cápsula, generalmente en la dermis, y cuyo contenido puede ser muy variado (queratina, pelos, mucina, sudor).

- Lesiones secundarias con solución de continuidad

Erosión: pérdida de parte superficial de la epidermis que cura sin dejar cicatriz. Cuando es secundaria al rascado con las uñas se denomina excoriación.

Úlcera: pérdida de epidermis y parte de la dermis o hipodermis, deja cicatriz al curar. Al describir una úlcera se ha de especificar las características de los bordes, la base o fondo y su contenido.

Fisura: hendidura o corte lineal que llega a dermis superficial, se denomina también grieta.

- Lesiones secundarias con residuo eliminable

Escama: Láminas de queratina del estrato córneo que se acumulan sobre la piel por exceso de producción o por dificultad de desprendimiento.

Costra: Formación sólida debida a la desecación de fluidos orgánicos como suero, sangre o pus, en la superficie de la piel.

Escara: Es una membrana negruzca, seca, adherida a la base, resultado de la necrosis o gangrena de la piel.

- Lesiones secundarias a procesos reparativos

Atrofia: Disminución o ausencia de alguno de los componentes de la piel.

Cicatriz: Aparece como resultado de la reparación de una pérdida de sustancia de la piel que ha llegado a la dermis.

- Lesiones especiales

Esclerosis: Es un endurecimiento difuso o circunscrito de la piel, más palpable que visible. Puede ser debida a edema, infiltración celular o aumento del colágeno de la dermis o hipodermis.

Liquenificación: Es un engrosamiento visible de la piel, con aumento de su grosor y acentuación de los pliegues normales. Se produce por rascado crónico sobre una zona concreta de la piel.

Intértrigo: Se denomina así a la presencia de lesiones en los pliegues.

Telangiectasia: Dilatación permanente de un pequeño vaso cutáneo.

6.2. PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES

Infecciones cutáneas bacterianas

Las dermatosis causadas por gérmenes virulentos, principalmente estafilococos y estreptococos, se denominan piodermitis. Son piodermitis primarias las que se originan por la infección de dichos gérmenes y piodermitis secundarias, conocidas también como impetiginización o piodermización, que son una complicación en el curso de una enfermedad cutánea preexistente y se reconoce por la presencia de un exudado y costras purulentas que aparecen sobre la lesión. La infección bacteriana puede afectar a la epidermis, a los anejos cutáneos, al tejido conectivo cutáneo o al tejido celular subcutáneo.

Impétigo: Es una infección cutánea superficial producida por gérmenes piógenos (estafilococo y estreptococo), más frecuente en la infancia y con un alto índice de auto y heterocontagio, lo que hace que habitualmente curse en forma de epidemias. Desde el punto de vista clínico se distinguen dos formas, el impétigo contagioso vesiculoso y el impétigo ampolloso.

El impétigo contagioso vesiculoso está producido principalmente por *Streptococcus pyogenes*, aunque también en ocasiones se pueden aislar estafilococos en las lesiones. Es

muy contagioso y la fuente de infección son los enfermos o portadores nasofaríngeos. Cursa con vesículas pequeñas que rápidamente se rompen y originan exudación importante que cuando se seca da lugar a costras amarillentas similares a la miel, costras melicéricas.

Las localizaciones más frecuentes son las zonas descubiertas y en general se inicia en la piel de alrededor de las coanas nasales. Las lesiones no dejan cicatriz. En un 4% de pacientes puede aparecer una glomerulonefritis postestreptocócica entre una y tres semanas tras el impétigo (cepas nefritógenas).

El impétigo ampolloso o estafilocócico está producido por *Staphylococcus aureus*. Es muy contagioso sobre todo en épocas cálidas y entre los niños. Las ampollas son flácidas sobre placas eritematosas, de contenido claro al principio y después purulento que se rompen y dejan superficies erosivas con escasas costras. La localización es similar al impétigo vesiculoso y tampoco dejan cicatriz residual.

Ectima: es una infección bacteriana que se inicia igual que el impétigo con una gran pústula, pero luego aparece una necrosis dérmica profunda y una piodermitis ulcerativa. Está producido por *Streptococcus pyogenes*. La localización más habitual es en piernas, sobre todo tras pequeños traumatismos.

Síndrome de la piel escaldada: Ésta es una enfermedad cutánea grave provocada por la exotoxina exfoliativa del *Staphylococcus aureus*. Afecta fundamentalmente a niños menores de 5 años, aunque también se ha descrito en adultos inmunodeprimidos. Comienza bruscamente (a veces varios días después de una faringitis, rinorrea, conjuntivitis o una infección estafilocócica diferente) con un exantema escarlatiniforme que se inicia a nivel periorificial y se extiende rápidamente, con marcada sensibilidad de la piel y fiebre. A las 24-48 horas aparecen grandes ampollas que se rompen dejando grandes áreas exulceradas similares a la piel escaldada o quemada. El signo de Nikolsky es positivo (la ligera presión de la piel origina su exfoliación).

Debido a la intensa exfoliación, la regulación de la temperatura y el balance de líquidos son problemas de particular importancia en el neonato. Debe hacerse diagnóstico diferencial con la necrólisis epidérmica tóxica o síndrome de Lyell de origen medicamentoso.

Foliculitis: Puede ser superficial y profunda, siendo la infección superficial del folículo piloso la más frecuente, producida habitualmente por *Staphylococcus aureus*, de curso más o menos crónico relacionado con una serie de factores predisponentes como la depilación, la humedad y la oclusión. Se presenta como pústulas foliculares que provocan picor, de color amarillento rodeadas de un halo eritematoso localizadas principalmente en cara, cuero cabelludo, extremidades o axilas.

Forúnculo: Es un nódulo inflamatorio que se desarrolla alrededor de un folículo piloso habitualmente a partir de una foliculitis previa más superficial. El germen causal es *Staphylococcus aureus*. Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo con pelo, especialmente en las regiones sometidas a roce y transpiración. Se acompaña de eritema, edema y dolor local. Dejan cicatriz.

Infecciones cutáneas por hongos

Suponen entre el 4% y el 10% de todas las dermatosis, cifra que es variable dependiendo de la zona geográfica y población estudiada. Dependiendo de la capacidad de la parasitación las infecciones fúngicas las podemos dividir en:

Micosis superficiales: la infección se produce, de forma exclusiva, en la capa córnea superficial de la piel y pueden subdividirse en dermatofíticas y no dermatofíticas.

- Las micosis superficiales no dermatofíticas no están producidas por dermatofitos sino por otro tipo de hongos, saprofitos cutáneos, que apenas sí inducen respuesta inflamatoria por parte del organismo, la más característica es la pitiriasis versicolor.
- Las micosis superficiales dermatofíticas están producidas por hongos dermatofíticos y son capaces de inducir, en mayor o menor grado, reacción inflamatoria. Se les conoce con el nombre genérico de tiñas.

Micosis intermedias: cuando la parasitación se realiza tanto a nivel de piel como de mucosas. Son las candidiasis.

Micosis profundas: cuando la infección se disemina a estructuras profundas e incluso vísceras.

Pitiriasis versicolor

La pitiriasis versicolor, también conocida como tiña versicolor, es una micosis producida por un hongo saprófito habitual de la piel, *Malassezia furfur*, término que viene a sustituir el de *Pityrosporum orbiculare* y *Pityrosporum ovale*. Este hongo predomina en áreas seboreicas lo que lo hace excepcional antes de la pubertad, ya que en esta etapa no existe secreción sebácea.

Es más frecuente en la etapa juvenil y adulta, y tiene su mayor incidencia en épocas de primavera y verano. Se caracteriza por la presencia de máculas unas veces acrómicas y otras de color rosado, que dan a la piel un aspecto de “mapa”, versicolor, en tórax, hombros, brazos, abdomen, región lumbar y cuello. Muy infrecuentes en cara y extremidades inferiores. Las lesiones suelen ser asintomáticas y descaman cuando se les raspa. El diagnóstico de la enfermedad se establece por la clínica.

Dermatofitosis o Tiñas

Constituyen una serie de procesos que afectan piel, uñas y cuero cabelludo. Los dermatofitos son sus agentes etiológicos: *Epidermophyton*, *Trichophyton*, *Microsporum*.

Tiña capitis: Es la parasitación por dermatofitos del cuero cabelludo. La tiña capitis tonsurante o no inflamatoria se caracterizan por producir una parasitación del pelo al que rompen, pero sin destruir el folículo, por lo que producen una alopecia reversible.

Propia de niños en edad escolar, es un proceso que rara vez se observa después de la pubertad. Si la etiología es tricofítica se caracteriza por presentar múltiples placas pequeñas, dispersas por todo el cuero cabelludo que tienen en su interior pelos rotos a la altura del folículo y que dan una típica imagen en “puntos negros”. Por el contrario las tiñas microspóricas producen escasas placas, redondas y perfectamente delimitadas, ya que en su interior todos los pelos están rotos. Las formas inflamatorias o Querion de Celso se

caracterizan por presentar un cuadro inflamatorio agudo (foliculitis) en cuero cabelludo que lleva a la producción de elementos pseudotumorales supurativos y puede producirse destrucción de los folículos pilosos con la consiguiente alopecia irreversible.

Tiña corporis: Es la infección por dermatofitos que afecta cualquier parte del cuerpo. Es la más frecuente de las dermatofitosis, pues es la que implica una mayor superficie corporal. Habitualmente el proceso comienza como una lesión papulosa, prácticamente inaparente, que raras veces llama la atención del paciente, pero que tiende a crecer de forma excéntrica con un borde progresivo, papulovesiculoso, y un centro escamoso que tiende a la curación, lo que le hace tomar típicas imágenes redondeadas o arciformes.

Es contagioso por lo que es habitual encontrar varias lesiones en el mismo paciente, o en distintos miembros de la familia, y en distintos estadios evolutivos.

Tiña pedis: Es la parasitación por dermatofitos de cualquier área del pie. Clásicamente este proceso es conocido como “pie de atleta”.

Infecciones cutáneas por virus

La patología dermatológica producida por virus es sumamente extensa y muy variada en sus manifestaciones clínicas. En la práctica, más del 95% de las virasis cutáneas son por virus ADN.

Virus del herpes simple: La infección por VHS afecta a más del 80% de la población mundial con una prevalencia del 30%- 60% en pacientes menores de 10 años aumentando con la edad hasta afectar al 90% de la población mayor de 50 años. Clínica: la primoinfección herpética es asintomática en la mayoría de los casos. No obstante, puede manifestarse como una gingivoestomatitis herpética que es la forma más frecuente de la primoinfección por VHS-1. Suele aparecer en los primeros cinco años de vida. Tras un periodo de incubación menor de siete días, aparece un brote agudo de múltiples vesículas localizadas en labios, vestíbulo oral y encías, que se acompaña de fiebre y linfadenopatías regionales. Se resuelve en 15-20 días. Cuando la primoinfección ocurre en dedos se denomina panadizo herpético.

Las verrugas planas son más frecuentes en edades infantiles y juveniles. Son pápulas de mínimo relieve, de pocos milímetros, de coloración igual a la piel o hiperpigmentadas, que localizan en la cara y manos. El condiloma acuminado es una verruga de localización genital. Son pápulas rosadas o blanquecinas, de aspecto papilomatoso (coliflor), que pueden aparecer tanto en los genitales como en la zona perianal. Es más frecuente en el adulto y se considera enfermedad de transmisión sexual.

Molusco contagioso: Es una patología frecuente, que afecta a tres poblaciones diferentes:

- a) La infantil, donde los niños lo adquieren sobre todo en piscinas.
- b) La adulta, adquirida por contacto sexual y localizada en la zona genital.
- c) En el sida, donde la inmunosupresión produce lesiones de gran tamaño, muy rebeldes a tratamientos habituales. El agente causal es un poxvirus. El molusco contagioso se presenta como lesiones papulosas, hemisféricas, de 1 a 5 mm, con un punto central discretamente umbilicado. Pueden aparecer en cualquier zona corporal, sobre todo en pliegues, cara y genitales.

Infecciones cutáneas por parásitos

Pediculosis: Infección por piojos, ectoparásitos humanos hematófagos de los que hay dos especies: *Pediculus humanus* y *Phthirus pubis*. La pediculosis capitis es la pediculosis más frecuente, dando lugar a epidemias escolares. Está producida por *Pediculus humanus* variedad capitis. Se transmite por contacto directo, peines, cepillos y sombreros. La clínica se caracteriza por prurito intenso y constante que determina el rascado por parte del paciente, con impetiginización secundaria. El diagnóstico se efectúa por el hallazgo de las liendres o de los piojos adultos.

La pediculosis pubis está producida por *Phthirus pubis* (ladilla). La transmisión es principalmente por contacto sexual y suele coexistir con otras enfermedades de transmisión sexual, puede transmitirse también por la ropa. Aunque parasitan el vello pubiano también pueden localizarse en cejas, pestañas, axilas y cuero cabelludo. La clínica se caracteriza por

prurito intenso, que suele dar lugar a excoriaciones por el rascado e impetiginización secundaria. El diagnóstico se realiza por la visualización del piojo adulto (ladilla) o de las liendres.

Escabiasis: Es una dermatosis muy contagiosa debida a *Sarcoptes scabiei*. El ácaro de la escabiasis parasita la piel e induce una respuesta inmunológica en el individuo que produce gran prurito y signos inflamatorios. El principal síntoma es el prurito intenso, predominantemente nocturno y que tiende a respetar la cara y cuero cabelludo. Las lesiones que produce el ácaro son túneles o surcos en la epidermis, que se suelen localizar entre los dedos de manos y pies, genitales, muñecas, nalgas, pezones, ombligo y axilas. Suele afectar a toda la familia. El diagnóstico se realiza por la visualización del parásito adulto, los huevos, las larvas o sus heces (escíbalos) por microscopía.

Patologías eritematoescamosas:

Eccema: Los términos eccema y dermatitis se consideran sinónimos y describen un patrón de respuesta inflamatoria de la piel caracterizado por prurito y lesiones polimorfas: eritema, edema, lesiones papulovesiculosas, descamación y liquenificación.

Estas características son comunes a todos los eccemas diferenciándose entre ellos por la etiología. El eccema puede ser agudo, subagudo o crónico. En la práctica hablaremos de dermatitis cuando el eccema es de causa exógena, mientras que el término eccema implica un origen endógeno.

Eccema atópico: El término hace referencia a una dermatitis crónica o recidivante que se observa en el contexto familiar de una atopia. El término atopia hace referencia a una condición hereditaria que predispone a padecer una respuesta exagerada a ciertos estímulos ambientales. Afectan al 10-20% de los niños. (*Larrañaga, Capafons, & Vilá, 2014*)

La etiología es desconocida. El síntoma fundamental en la dermatitis atópica es el prurito o picor que aparece de forma paroxística e induce el rascado. La piel en el eccema atópico es seca, muy sensible y fácilmente irritable. En general aparece en el lactante y se mantiene durante la infancia y edad adulta, hasta los 40-50 años en que tiende a desaparecer.

Eccema seborreico: El eccema seborreico es una reacción inflamatoria muy frecuente de la piel de etiología desconocida que afecta principalmente a cara y cuero cabelludo. Es probable que en su desarrollo intervengan factores infecciosos (*Pytirosporum ovale*), climáticos (frío, sequedad) y emocionales, que actúan sobre la piel grasa o seborreica. El eccema seborreico infantil aparece en los primeros meses de vida y se localiza en cuero cabelludo (costra láctea), cara y pliegues del cuello, axila, ombligo y área del pañal.

Este cuadro se suele resolver en tres o cuatro semanas sin complicaciones. El eccema seborreico del adulto se suele localizar en el borde frontal de la implantación del cabello (corona seborreica), cejas, región interiliar, surco nasogeniano, región retroauricular, barba y bigote. Se suele acompañar de descamación del cuero cabelludo (pitiriasis seca o caspa) y blefaritis seborreica.

El proceso es banal pero puede ser muy recidivante. El cansancio y estrés suelen ser responsables de la aparición de nuevos brotes. (Mena Cedillos & Valeria Herrera , 2015)

Dermatitis de contacto: La dermatitis de contacto es una reacción inflamatoria de la piel secundaria a un efecto irritante, o bien a una respuesta del sistema inmunitario frente a una sustancia externa que actúa de sensibilizante.

Urticaria-angioedema: La urticaria se caracteriza por la presencia de habones o ronchas, lesiones eritemato-edematosas transitorias, localizadas en piel y/o mucosas. En la urticaria el edema se localiza en la dermis, mientras que en el angioedema se afecta la dermis profunda y la hipodermis. La urticaria puede aparecer sola (40%), asociada a angioedema (50%) o bien sólo en forma de angioedema (10%). La lesión elemental de la urticaria es el habón, elemento de comienzo brusco, palpable, bien delimitado, que puede medir desde milímetros a varios centímetros, de color rosado o eritematoso, consistencia elástica, que desaparece en menos de 24 horas. El prurito es el síntoma acompañante de los habones.

Se pueden localizar en cualquier parte de la superficie corporal incluyendo palmas, plantas y cuero cabelludo. Si bien la lesión individual presenta poca duración, el brote suele permanecer más tiempo: en las urticarias agudas hasta seis semanas, en las crónicas más de seis semanas con brotes diarios o casi diarios.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y sencillo de realizar por la cronología y las peculiaridades de la erupción. Tratamiento: debe encaminarse a eliminar, si es posible, el agente causal, aliviar la sintomatología y controlar la enfermedad de base si existe. Muchos casos responden a placebo y en otros la enfermedad tiende a remitir de forma espontánea.

Alteraciones de la pigmentación

El color de la piel normal depende de la cantidad y tipo de melanina presente en los melanocitos y en los queratinocitos. Las enfermedades que cursan con cambios del color natural de la piel se denominan discromías. Hay distintas clasificaciones de las discromías, pero la más sencilla y útil es dividir las en hipercromías e hipocromías, siendo estas últimas las más comunes en edad pediátrica. La mayoría de las discromías se deben a alteraciones de la pigmentación melánica. Un pequeño grupo de hipercromías son debidas al depósito en piel de pigmentos endógenos o exógenos.

Hipocromías: Son disminuciones del tono de color de la piel, que habitualmente son debidas a una disminución de la pigmentación melánica. Ocasionalmente pueden verse disminuciones circunscritas del color de la piel, debidas exclusivamente a alteraciones localizadas de la vascularización cutánea conocidas como “nevus anémico”.

Las hipocromías melánicas son debidas a la disminución del número de melanocitos, melanina o de la dispersión de ésta en los queratinocitos.

Vitíligo: Anomalía pigmentaria de la piel caracterizada por lesiones acrómicas de diversos tamaños, de carácter adquirido, estimándose que afecta a un 1% de la población general. Hasta un 30% de los pacientes tiene antecedentes familiares. La patogénesis no es bien conocida y además de factores genéticos se han implicado también factores autoinmunes. En un intento de aunar todas las teorías se ha propuesto que el vitíligo surge como resultado de una sucesión de fenómenos, a partir de una circunstancia precipitante, sobre un individuo predispuesto genéticamente. (Mena Cedillos & Valeria Herrera , 2015)

Clínicamente se caracteriza por la aparición de lesiones maculares acrómicas asintomáticas de diverso tamaño, con tendencia a aparecer sobre prominencias osteoarticulares (rodillas,

codos, etc.) debido al fenómeno isomórfico de Koebner, siendo también frecuente un patrón de afectación acral, periorificial y en pliegues (genitales y axilares); la extensión puede ser muy variable.

La repigmentación total o parcial de algunas y ocasionalmente de todas las lesiones puede ocurrir de forma espontánea, aunque es más común después del verano tras exposiciones solares. Es frecuente que las zonas acrómicas vayan haciéndose gradualmente más extensas a lo largo de la vida, pudiendo en ocasiones afectar virtualmente a toda la piel. Puede asociarse a distintos procesos autoinmunes, sobre todo tiroideos, diabetes mellitus, enfermedad de Addison y anemia perniciosa; también puede asociarse a dermatitis atópica y a alopecia areata.

Procesos dermatológicos más frecuentes en la Clínica Pediátrica según Hayden GF: Skin Diseases encountered in a pediatric clinic:_(Albisu, 2005)

Diagnóstico	Frecuencia	%
Infecciones		37
Bacterianas		48
Virales		26
Fúngicas		26
Dermatitis del Pañal		16
Dermatitis Atópica		9
Dermatitis Seborreica		6
Dermatitis de contacto		5
Miliaria		5
Acné		3
Infecciones Parasitarias		3
Miscelánea (21 entidades)		15

.

CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de estudio

Esta investigación es un estudio descriptivo y según la secuencia en el tiempo es un estudio transversal.

Área de estudio

Se realizó en el Centro Nacional de Dermatología Dr. Francisco José Gómez Urcuyo, ubicado en la Ciudad de Managua en la zona sur oriental de la ciudad, fundado en 1932 con ochentaicuatro años de funcionamiento, es Clasificado como un Centro Especializado uniperfil de Referencia Nacional. Con una dotación de 49 camas (32 Censables y 17 No Censables) Oferta servicios especializados en Dermatología. (MINSA, 2004).

Población de Estudio

Estará constituido por todos los niños de 2 a 5 años de edad que acudieron a consulta externa por problemas dermatológicos por primera vez o subsecuentemente en el periodo de estudio.

2.2. Universo

El Universo corresponde a 281 niños de 2 a 5 años atendidos en el periodo de estudio

2.3. Muestra

Para determinar el número de niños a incluir como se conocía el universo fue utilizada la fórmula para población finita la cual es la siguiente:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde,

n: Tamaño de la muestra a calcular.

N: Población finita, para el estudio es 281 niños.

Z: Desviación estándar que corresponde al intervalo de confianza deseado, así para un 95% el valor de Z es 1.96.

p: A la proporción de casos con característica similares a estudiar, le asignamos un valor del 50% por que no existe un estudio preliminar previo en la institución.

q: El complemento de p donde $p + q = 1$ por tanto $q = 0.5$

d= Se refiere a la precisión deseada en un estudio y deseamos una precisión de 5% que es igual a 0.05.

Sustituyendo valores,

$$n = \frac{281 \times (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.05)^2 \times (280) + (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}$$

n= 162.5 niños.

El tipo de muestreo fue aleatorio sistemático, tomando el promedio mensual de 54 expedientes de niños y niñas que acudieron a consulta ambulatoria. Se enumeraron los expedientes del número 1 al 281, dividiendo el universo entre la muestra para obtener el intervalo de selección de los expedientes que fueron revisados.

2.3.1. Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- ✓ Niños y niñas atendidos en Consulta Externa del Centro Nacional de Dermatológico
- ✓ Niños y niñas cuyos expedientes se encuentren completos

Criterios de exclusión:

- ✓ Expedientes de niños y niñas con manchones, enmendaduras, daños a las hojas o la lectura no se puede leer, dificultando la toma de información.
- ✓ Expedientes de niños y niñas con información incompleta

2.4. Método, técnica e instrumento de recolección de información

2.4.1. Método e Instrumento

El método que utilizamos fue la observación, mediante la técnica de análisis documental, para lo cual se utilizaron los expedientes clínicos. Siendo nuestra fuente de información secundaria.

Para cumplir con los objetivos del estudio se elaboró un instrumento de recolección de la información con indicadores de acuerdo a los objetivos específicos que se desean alcanzar, este contiene preguntas en su mayoría cerradas sobre datos generales, antecedentes no patológicos y patológicos, las manifestaciones clínicas y las técnicas de laboratorio utilizados para su diagnóstico. Las preguntas cerradas en su mayoría permitirán recolectar la información de forma más rápida.

2.4.2. Validación del instrumento

Para validar el instrumento se requirió de 20 expedientes de la muestra considerada, para demostrar si permitía tomar la información de manera satisfactoria, observando que todos los ítems fueron llenados de manera satisfactoria sin inconvenientes.

2.5. Procesamiento de la información

Una vez que se obtenida la información, mediante la ficha de recolección de la misma, se elaborará base de datos en el programa SPSS 22.0 para Windows, donde posteriormente se establecieron análisis de frecuencias y porcentaje mediante tablas y gráficos elaborados en el paquete Microsoft Excel.

Plan de análisis

Se realizaron tablas simples de frecuencia y porcentaje de las siguientes variables

1. Edad
2. Sexo
3. Procedencia

4. Antecedentes personales
5. Antecedentes Familiares
6. Manifestaciones clínicas
7. Diagnóstico clínico
8. Medios de laboratorio

2.6. Enunciado de las variables

Objetivo No 1: Caracterizar socio - demográficamente a los niños y niñas con problemas dermatológicos.

- Edad
- Sexo
- Procedencia

Objetivo No 2: Identificar los antecedentes personales del grupo estudiado.

- Antecedentes Personales.
- Antecedentes Familiares

Objetivo No 3: Conocer las manifestaciones clínicas al momento de la atención médica

- Manifestaciones clínicas

Objetivo No 4: Identificar los principales diagnósticos clínicos y medios de laboratorio utilizados en los niños y niñas incluidos al estudio.

- Diagnóstico clínico
- Medios de laboratorio

2.7. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala o valor
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la edad cumplida en años actualmente		Años	2 años 3 años 4 años 5 años
Sexo	Expresión fenotípica que caracteriza al individuo y lo diferencia entre hombre y mujeres		Fenotipo	Masculino Femenino
Procedencia	Es el área geográfica donde vive el niño/a según el departamento y localización específica por municipio	Origen	Departamento	Managua Otros
			Zona	Urbano Rural
Antecedentes personales	Se señalan los datos no patológicos y patológicos que tienen el niño/a desde su nacimiento	No patológicos	Presencia	Lactancia materna
			Presencia	Animales domésticos
			Presencia	Exposición a aguas contaminadas o reactoras al contacto con la piel
			Presencia	Exposición al sol
			Presencia	Uso de fármacos
			Presencia	Exposición a sustancia químicas irritantes
		Patológicos	Tipo	Rinitis alérgica Asma Eccema atópico Otras
Antecedentes Familiares	Patologías que padecen familiares en primer grado	Patológicos	Tipo	Dermatosis
Manifestaciones clínicas	Signos y síntomas que manifiesta una enfermedad específica en este caso relacionada a la piel del niño/a	Síntomas	Tipo	Lesión en la piel Prurito
			Tiempo de evolución	<6 días 7 a 14 >15
			Lugar de la	Solo piel

			afectación	Solo faneras Ambas
			Extensión de la afectación	Afecta todo el cuerpo Solo extremidades Solo tronco Solo cara Solo la Cabeza
		Signos	Tipo de lesión	Pápula Pústula Vesícula Ampolla Hipocromía Escamas Alopecia
Diagnóstico clínico	Identificación de la patología basada en signos y síntomas de los niños y niñas atendidos	Infecciosa	Dictamen diagnóstico	Virales Parasitarias Bacteriana Hongos
		Pigmentari as	Dictamen diagnóstico	Vitíligo
		Eritematoes camosas	Dictamen diagnóstico	Dermatitis seborreica Dermatitis de contacto Eccema atópico
Medios de laboratorio	Exámenes complementarios utilizados para el diagnóstico de niños y niñas atendidos		Tipo de examen	Examen Micológico Cultivos Bacterianos Frotis direto Sarcoptei Scabei Citodiagnóstico de Tzack Tinción de Gram Examen directo del pelo Examen de Luz de Wood

2.7.1. Cruces de variables

Los cruces de variables de aquellas de interés para cumplir con los objetivos planteados son los siguientes:

1. Diagnóstico clínico de las dermatosis según edad de los niños y niñas
2. Diagnóstico clínico de las dermatosis según sexo de los niños y niñas
3. Manifestaciones clínicas según procedencia de los niños y niñas
4. Medios de laboratorio utilizados según manifestaciones clínicas de los niños y niñas

2.8. Aspectos éticos:

La información recolectada fue utilizada con fines solo investigativos, los datos obtenidos se mantuvieron íntegros como están en los expedientes clínicos revisados, además la información se utilizó exclusivamente para fines académicos. Cabe destacar que la consignación de datos fue de anónimos, los resultados se dieron a conocer a las autoridades de salud de la institución asistencial para que contribuya de alguna manera a mejorar el acceso y la problemática de salud encontrada en este estudio.

CAPÍTULO III: DESARROLLO

3.1. RESULTADOS

La presente investigación pretende determinar el comportamiento de enfermedades dermatológicas en niños atendidos en Centro Nacional de Dermatología, septiembre a noviembre, 2016, para ello se analizaron 162 expedientes clínicos que pacientes que fueron atendidos en esta institución, dicho resultados son abordados según los objetivos de la presente investigación.

En la tabla No 1, en relación a edad de los pacientes se encontró que el grupo etario de 5 años obtuvo un 70.37% (114), seguido del grupo de 4 años 22.84% (37), el grupo de 3 años con 3.70% (6) y por último se encuentran los pacientes de 2 años 3.09% (5) (ver anexo: Tabla 1).

Con respecto al sexo de los pacientes estudiados predominó con un 50.62% (82) el sexo femenino y un 49.38% (80) el sexo masculino (Ver anexo: Tabla 2, Grafico 2). En cuanto a la procedencia un 80.25% (130) fueron pacientes originarios de la zona Urbana y un 19.75% (32) de la zona rural (Ver anexo: Tabla 3).

Con respecto a la procedencia departamental tuvo un predominio el departamento de Managua con un 76.54% (142), seguido del departamento de Masaya con 12.96% (21), luego el departamento de Carazo con 4.94% (8), Chinandega y Región Atlántica 1.23% (2) cada uno, Granada, Boaco, Nueva Segovia, Jinotega y Matagalpa con 0.617% (1) cada uno y Chontales, Estelí, Madriz y León con 0% (0) pacientes (Ver anexo: Tabla 3).

En cuanto los pacientes en estudio que tuvieron contacto con animales domésticos se registraron 0.61% (1) (Ver anexo Tabla 4).

Con respecto Exposición a aguas contaminadas o reactores al contacto con la piel se encontró un 0.61% (1) (Ver anexo Tabla 4).

De acuerdo a los pacientes que tuvieron exposición al sol se registró un 3.08% (5) (Ver anexo tabla 4).

Un 4.32% (7) de los pacientes estuvieron en contacto con fármacos (Ver anexo tabla 4).

En cuanto de los pacientes que tuvieron exposición a sustancias químicas irritantes se encontró 1.23% (2) (Ver anexo tabla 4).

De acuerdo a los antecedentes patológicos personales se encontró que 1.23% (2) padecen de rinitis alérgica (Ver anexo Tabla 4).

En relación de alergia a algún tipo de alimento se registraron 0% (0) (Ver anexo tabla 4).

Un 2.46% (4) de los pacientes padecen de asma (Ver anexo Tabla 4).

Con respecto a los pacientes que padecen de atopia se encontró 1.85% (3) (Ver anexo tabla 4).

En cuanto a los pacientes que padece de otra patología se registró 1.85% (3) (Ver anexo tabla 4).

En relación a los antecedentes familiares patológicos de los pacientes atendidos se encontró que 1.23% (2) padecen de dermatosis. (Ver anexo tabla 5).

De acuerdo a las manifestaciones clínicas se demostró que el síntoma que predominó fue lesión en piel 74.07% (120) seguido de prurito 25.93% (42). (Ver anexo tabla 6).

Con respecto al tiempo de evolución se registró 85.19% (138) mayor de 15 días, seguido de 9.26% (15) menos de 6 días de evolución y por último se encuentran los pacientes con un tiempo de evolución de 7 a 14 días 5.56% (9) (Ver anexo tabla 6).

En relación al lugar de afectación se predominó un 75.31% (122) de afectación solo piel, seguido de afectación en ambas regiones con 24.69% (40) y un 0% (0) no tuvo afectación de solo faneras (Ver anexo tabla 6).

En cuanto extensión de la lesión se demostró que el 27.16% (44) afectó la región del tronco, seguido 24.07% (39) que afectó solo extremidades, un 22.22% (36) solo la cabeza, y por último un 8.02% (13) afectó todo el cuerpo (Ver anexo tabla 6).

De acuerdo a el tipo de lesión se registró que un 50% (81) fueron pápula, un 31.48% (51) fueron escamas, un 15.43% (25) fue hipocromía, un 1.85% (3) fueron de vesículas, un 1.23% (2) de pústulas y un 0%(0) de ampollas (Ver anexo tabla 6).

En relación al diagnóstico clínico predominó en enfermedades infecciosas las de origen viral con un 50% (81), seguido de Micóticas con un 16.05% (26), bacterianas con un 3.09% (5) y parasitarias con un 0%(0) (Ver anexo tabla 7).

Con respecto a enfermedades pigmentarias se encontró un 15.43% (25) (Ver anexo tabla 7).

En cuanto a las enfermedades eritoescamosas se demostró que un 11.73% (19) fueron eccema atópico, seguido de 1.85% (3) dermatitis seborreica y dermatitis de contacto (Ver anexo 7).

En relación a métodos de laboratorio usados se encontró un 25.93% (42) de los pacientes se le realizó examen micológico, un 4.32% (7) se les realizó cultivo, citodiagnóstico de tzaack, tinción de Gram y examen directo del pelo. (Ver anexo tabla 8).

3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación se realizó en el Centro Nacional de Dermatología “Dr. Francisco José Gómez Urcuyo”, Managua, en el cual se analizaron 162 expedientes clínicos de niños y niñas de 2 a 5 años que fueron atendidos en consulta externa.

El grupo etáreo más afectado de los pacientes participantes en nuestro estudio fue el de 5 años, coincidiendo con la investigación realizada por Martínez Borrego y col, en el cual el 60% correspondía a niños de esta misma edad. No obtuvimos diferencias significativas en cuanto al sexo, predominando el femenino, relacionado a lo que se encontró en estudio antes mencionado.

En cuanto a la procedencia, el 80.25% de los pacientes son del área urbana del departamento de Managua, probablemente por la ubicación geográfica de la unidad de atención y por las referencias de pacientes de los sectores de salud urbanos. Con respecto a los antecedentes patológicos personales y familiares en la mayoría están negados, al igual que los antecedentes no patológicos personales, datos que concuerdan con lo encontrado en el estudio por Duarte Osorio en nuestra misma unidad de estudio. No se registró en ningún expediente revisado si los niños y niñas recibieron lactancia materna, por lo cual nuestro resultado fue del 0%.

Con respecto a manifestaciones clínicas y a la duración de la lesión, los datos encontrados concuerdan con la literatura revisada donde se describen las patologías con sus signos, síntomas y evolución de la enfermedad, sin diferencias con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Dentro de los diagnósticos clínicos de nuestro estudio se encontró que en las enfermedades infecciosas predominaron las de origen viral, seguido de las enfermedades pigmentarias en las que sobresalió el vitíligo y por último dentro de las enfermedades eritematoescamosas se destacó el eccema atópico. Datos antes mencionados se asemejan a los resultados que se obtuvieron en el estudio realizado por Uriarte, J.

En relación en las patologías en las que se utilizaron medios de laboratorio, encontramos que en vitíligo se utilizó la luz de Wood y enfermedades de origen micológico el examen

micológico KOH, lo cual no muestra ninguna variabilidad con los medios indicados en dichas patologías en la literatura revisada.

3.3. CONCLUSIONES

Dentro de las características sociodemográfica de los niños y niñas predominó en el grupo etáreo de 5 años, la mayoría de sexo femenino y procedente de la zona urbana del departamento de Managua.

La mayor parte no tenían antecedentes patológicos personales y familiares ni antecedentes personales no patológicos.

En cuanto a las manifestaciones clínicas encontradas al momento de la atención se concluye que sobresalieron las lesiones en la piel.

No en todas las patologías estudiadas se realizaron métodos diagnósticos de laboratorio.

3.4. RECOMENDACIONES

Al Centro Nacional de Dermatología

Tomar en cuenta los resultados del estudio para así realizar una planificación anticipada de insumos médicos necesarios para la atención a estas patologías.

Promover las buenas prácticas de salud desde el primer contacto con el paciente y su familia, para disminuir complicaciones y consultas recurrentes.

A la población

Mantener las uñas de los niños cortas, limpias y limadas para evitar heridas e infecciones por rascado.

Usar ropa de tela de algodón de colores claros y no ajustados. No usar ropa de tela sintética como nylon, polyester o licra. No uso de lana.

La ropa del niño o la niña lavarla con jabón de ropa transparente y enjuagarla bien con abundante agua. Prohibido el uso de detergentes, cloro y suavitel.

Limpieza constante del cuarto del niño o niña para evitar la acumulación de polvo.

No tener en el cuarto del niño o niña cortinas, edredones, peluches, adornos pequeños, o juguetes que puedan acumular polvo.

Cambiar 1 o 2 veces por semana la ropa de cama y lavarla solo con jabón transparente de lavar ropa.

CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA

4.1. Bibliografía básica

1. Albisu, Y. (2005). *Diagnostico visual de dermatologia pediátrica*. Dinostia España: UPV/EHU.
2. Alcaldia Municipal de Masatepe. (2013). *Ficha Municipal*. Masatepe.
3. Alonso Lazo, A. Y., & Álvarez Barrios, L. M. (2014). *Uso de Hidrocortisona crema 1 % en Niños(a) de 2 a 12 años con Dermatitis atópica atendidos en el área de consulta externa del Centro Nacional de Dermatología "Dr. Francisco Gómez Urcuyo". Marzo – Agosto 2014*. Managua : UNAN - Managua .
4. Arenas, C. M., Calderón, J. E., Claudia Rodríguez, M., Torres, P. A., Mejía, H. D., & Robayo, M. P. (2012). Caracterización de las consultas dermatológicas en urgencias y hospitalización de la población pediátrica del Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia. *Rev Asoc Colomb Dermatol*, 15.
5. Centro Nacional de Dermatologia Dr. Francisco José Gómez Urcuyo. (2016). *Estadísticas vitales para la salud* . Managua : MINSA Nicaragua .
6. Dpto. Gestión/Dirección Segundo Nivel de Atención. (2004). *Informe ejecutivo de hospitales* . Managua : MINSA. Concepción Palacios.
7. Duarte Osorio, K., & Blandón Cano, I. (2012). *Factores Asociados a Urticaria en Pacientes atendidos en el Centro Nacional de Dermatologia "Dr. Francisco José Gómez Urcuyo" en el periodo comprendido de Marzo 2011 a Julio 2011*. Managua : UNAN - Managua .
8. Guzmán González, J., & Mercado Casco, C. (2011). *Prevalencia de Dermatitis Atópica en Niños que Asisten a Centros Pre-escolares de Managua en el periodo del 1 defebrero al 30 de octubre del año 2011*. Managua : UNAN - Managua .
9. H., B. (1997). *Anatomia y fisiologia de la piel*. Londres: MaslyCompany.
10. Hernández Valadez, N. A., & Ramírez Bustos, M. E. (2011). *Comportamiento de afecciones dermatológicas*. Colon Matazan .
11. Larrañaga, A., Capafons, S., & Vilá, M. (2014). *Dermatología Pedriátrica* . Madrid España : Academia Española de Dermatología y Venereología.
12. Martinez Borrego , R., Pastrana Findora , F., Ramirez Albajés , C., Naranjo Lorenzo , M., & Ortiz Regalado , P. (1999). *Morbilidad por afecciones dermatológicas. estudio estadístico territorial*. Habana .

13. Mena Cedillos, C. A., & Valeria Herrera , A. M. (2015). *Guías Diagnosticas y Terapéutica de las diez patologia mas frecuente* . México D. F: Servicio de Dermatologia Hospital Infantil de México Federico Gómez .
14. Moraga Llop, F., & Martínez Roig, A. (2012). *Enfermedades bacteriana de la piel*. Barcelona: Hospital Universitari Vall d'Hebron. .
15. Serna, J., Vitales , M., López , M. C., & Molina , A. (2008). Dermatologia . *Farmaceutica Hospitalaria* , 841.
16. Uriarte, J. F., Sáez-de-Ocariz, M., Durán McKinste, C., Orozco Covarrubias, L., Gonzales , R. J., & Ruíz-Maldonado, R. (2005). *Variación estacional de las dermatosis más frecuentes en una consulta externa de Dermatología Pediátrica en México*. Mexico D.F.

4.2. Bibliografía de consulta

1. Piura López J. (2006). *Metodología de la Investigación científica*. Managua, Nicaragua
2. Sampieri R., Collado C., Lucio P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México, DF.

CAPÍTULO V: ANEXOS

TABLA NO 1

**EDAD DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE
DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016**

n= 162

Edad	Frecuencia	Porcentaje
2 años	5	3.09
3 años	6	3.70
4 años	37	22.84
5 años	114	70.37
TOTAL	162	100

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TABLA NO 2
SEXO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE
DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016

n= 162

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	82	50.62
Masculino	80	49.38
TOTAL	162	100

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TABLA NO 3

**PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE
DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016**

n= 162

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Zona		
Urbana	130	80.25
Rural	32	19.75
Departamento		
Managua	124	76.54
Masaya	21	12.96
Granada	1	0.62
Carazo	8	4.94
Boaco	1	0.62
Chontales	0	0
Estelí	0	0
Nueva Segovia	1	0.617
Madriz	0	0
Jinotega	1	0.617
Matagalpa	1	0.617
León	0	0
Chinandega	2	1.23
Región Atlántica	2	1.23

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TABLA NO 4

ANTECEDENTES PERSONALES DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016

n= 162

Antecedentes Personales	Frecuencia	Porcentaje
No patológicos		
Lactancia Materna	0	0
Animales domésticos	1	0.61
Exposición a aguas contaminadas o reactores al contacto con la piel	1	0.61
Exposición al sol	5	3.08
Uso de fármacos	7	4.32
Exposición a sustancia químicas irritantes	2	1.23
Patológicos		
Rinitis alérgicas	2	1.23
Alergia a algún tipo de alimento	0	0
Padece asma	4	2.46
Padece de atopia	3	1.85
Otra patología	3	1.85

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TABLA NO 5

**ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS
EN EL CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE –
NOVIEMBRE, 2016**

n= 162

Antecedentes Familiares Patológicos	Frecuencia	Porcentaje
Dermatosis	2	1.23

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TABLA NO 6
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO
NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016

n= 162

Manifestaciones clínicas	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas		
Lesión en la piel	120	74.07
Prurito	42	25.93
Tiempo de evolución		
<6 días	15	9.26
7 a 14 días	9	5.56
>15 días	138	85.19
Lugar de afectación		
Solo piel	122	75.31
Solo faneras	0	0
Ambas	40	24.69
Extensión de la lesión		
Todo el cuerpo	13	8.02
Solo extremidades	39	24.07
Solo tronco	44	27.16
Solo cara	30	18.52
Solo cabeza	36	22.22
Signos		
Tipo de lesión		
Pápula	81	50
Pústula	2	1.23
Vesícula	3	1.85
Ampolla	0	0
Hipocromía	25	15.43
Escamas	51	31.48

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TABLA NO 7

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO
NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016**

n= 162

Diagnóstico clínico	Frecuencia	Porcentaje
Infecciosas		
Virales	81	50
Parasitarias	0	0
Bacterianas	5	3.09
Micóticas	26	16.05
Pigmentarias		
Vitiligo	25	15.43
Eritematoescamosas		
Dermatitis seborreica	3	1.85
Dermatitis de contacto	3	1.85
Eccema atópico	19	11.73

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TABLA NO 8

**MEDIOS DE LABORATORIO UTILIZADOS EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL
CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE,
2016**

n= 162

Medios diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
Examen micológico	42	25.93
Cultivo bacteriano	7	4.32
Frotis directo Sarcoptei Scabei	0	0
Citodiagnóstico de Tzack	0	0
Tinción de Gram	0	0
Examen directo del pelo	0	0
Examen de Luz de Wood	25	15.43

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TABLA NO 9
DIAGNÓSTICO CLÍNICO VS EDAD EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL
CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE,
2016

n= 162

	2 años	3 años	4 años	5 años
Virales	3	1	16	
Bacterianas	0	0	1	
Hongos	1	5	2	
Vitíligo	1	0	8	
Dermatitis Seborreica	0	0	1	
Dermatitis de Contacto	0	0	1	
Eccema Atópico	0	0	8	

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TABLA NO 10
DIAGNÓSTICO CLÍNICO VS SEXO EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL
CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE,
2016

n= 162

	Masculino	Femenino
Virales	39	42
Bacterianas	1	4
Hongos	16	10
Vitíligo	11	14
Dermatitis Seborreica	2	1
Dermatitis de Contacto	0	3
Eccema Atópico	11	8

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TABLA NO 11

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS VS PROCEDENCIA EN LOS NIÑOS
ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE
– NOVIEMBRE, 2016**

	Lesión en Piel	Prurito	Cambio de Color
Urbano	70	34	24
Rural	21	7	6

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

TABLA NO 12

MEDIOS DE LABORATORIO VS MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LOS

NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA,

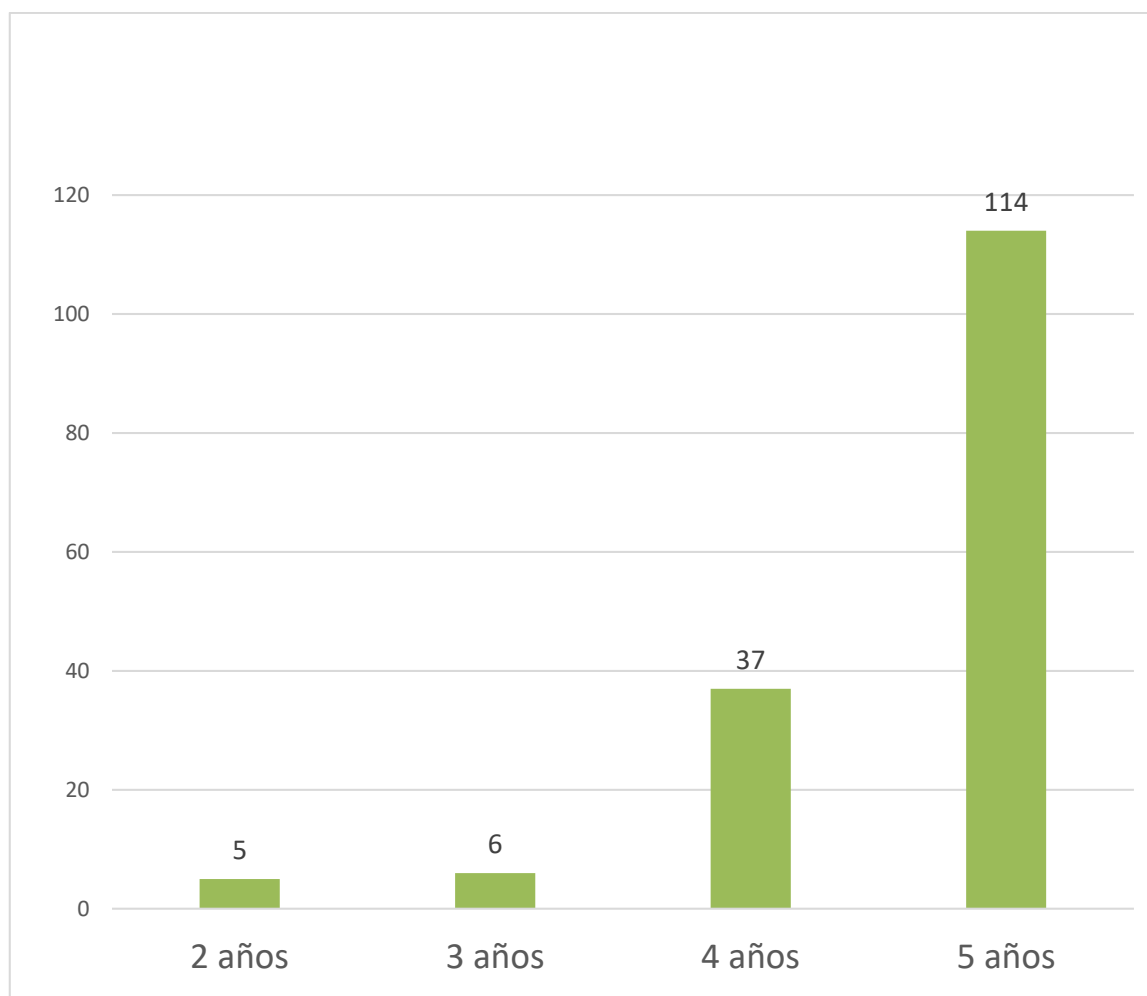
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016

	Lesión en la piel	Prurito	Cambio de color en la piel
Examen Micológico	19	22	13
Cultivo Bacteriano	14	13	1
Frotis directo sarcoptei scabei	0	0	0
Citodiagnóstico de tzack	0	0	0
Tinción de Gram	0	0	0
Examen directo del pelo	0	0	0
Luz de Wood	0	0	22

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

GRÁFICO NO 1

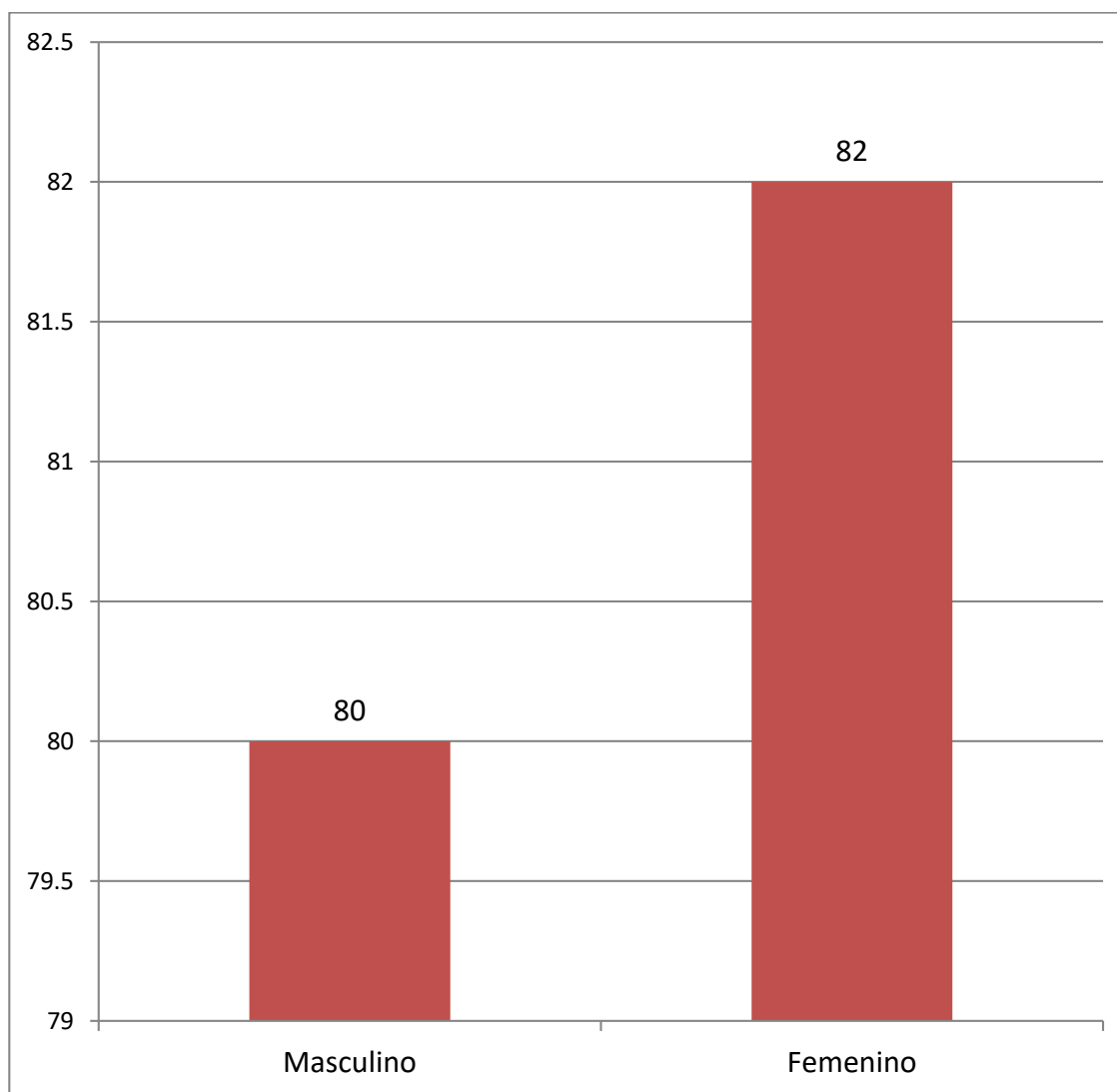
EDAD DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016



FUENTE: TABLAS NO 1

GRÁFICO NO 2

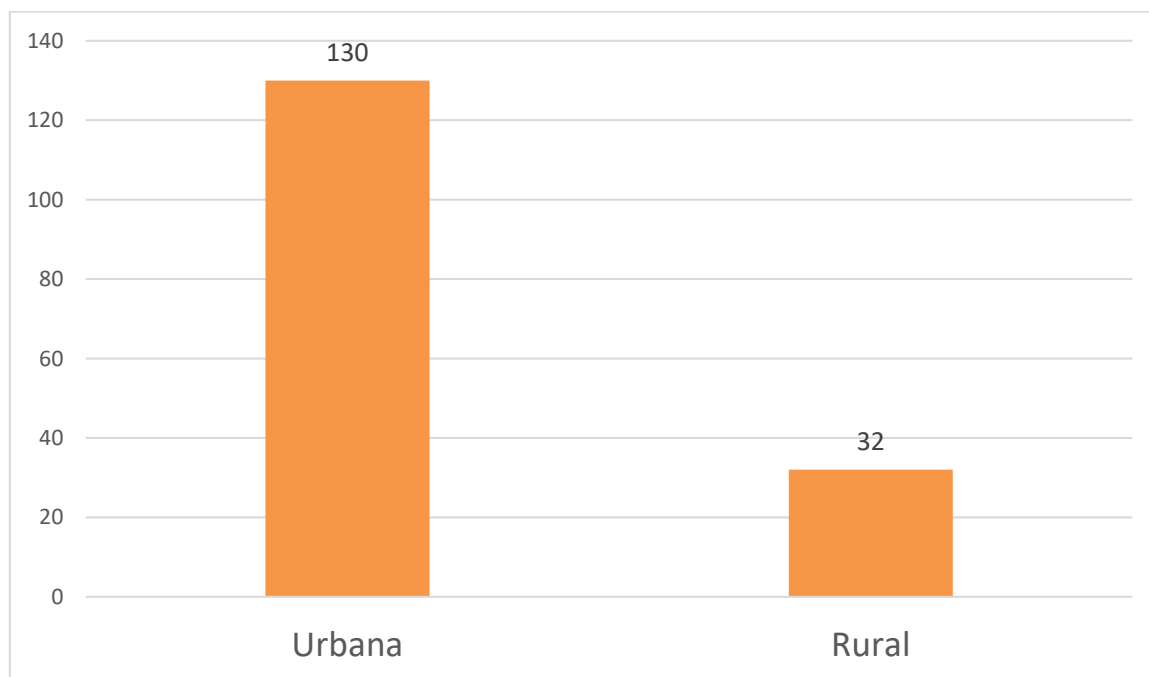
SEXO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016



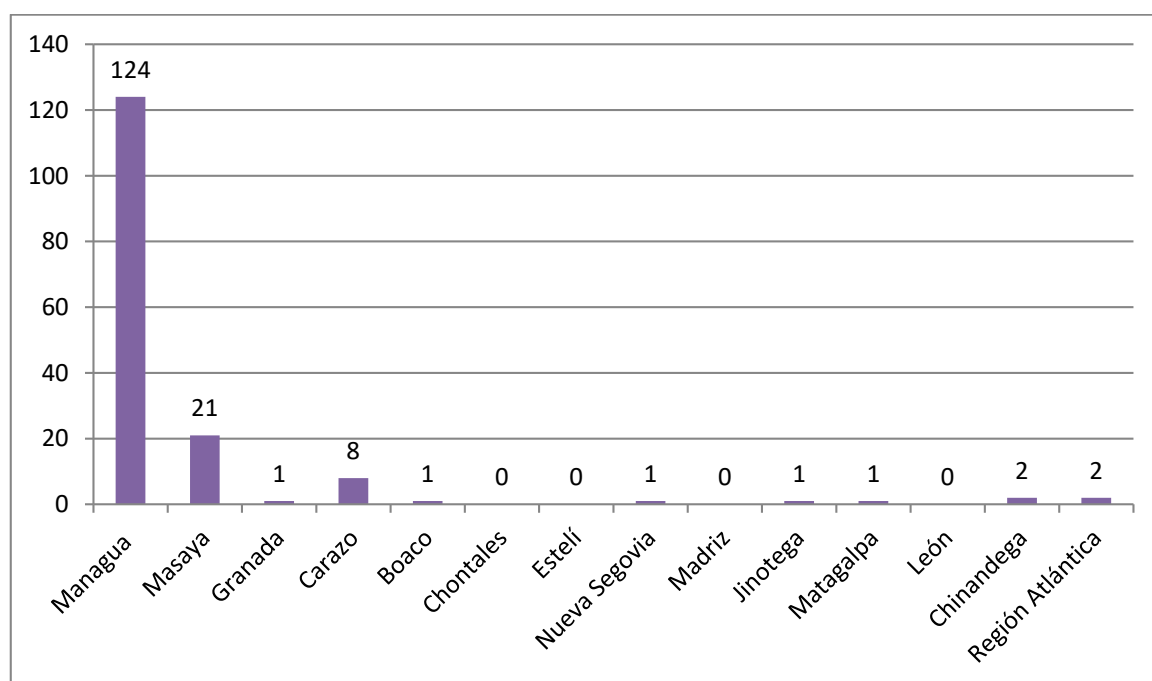
FUENTE: TABLA 2

GRÁFICO NO 3

PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016



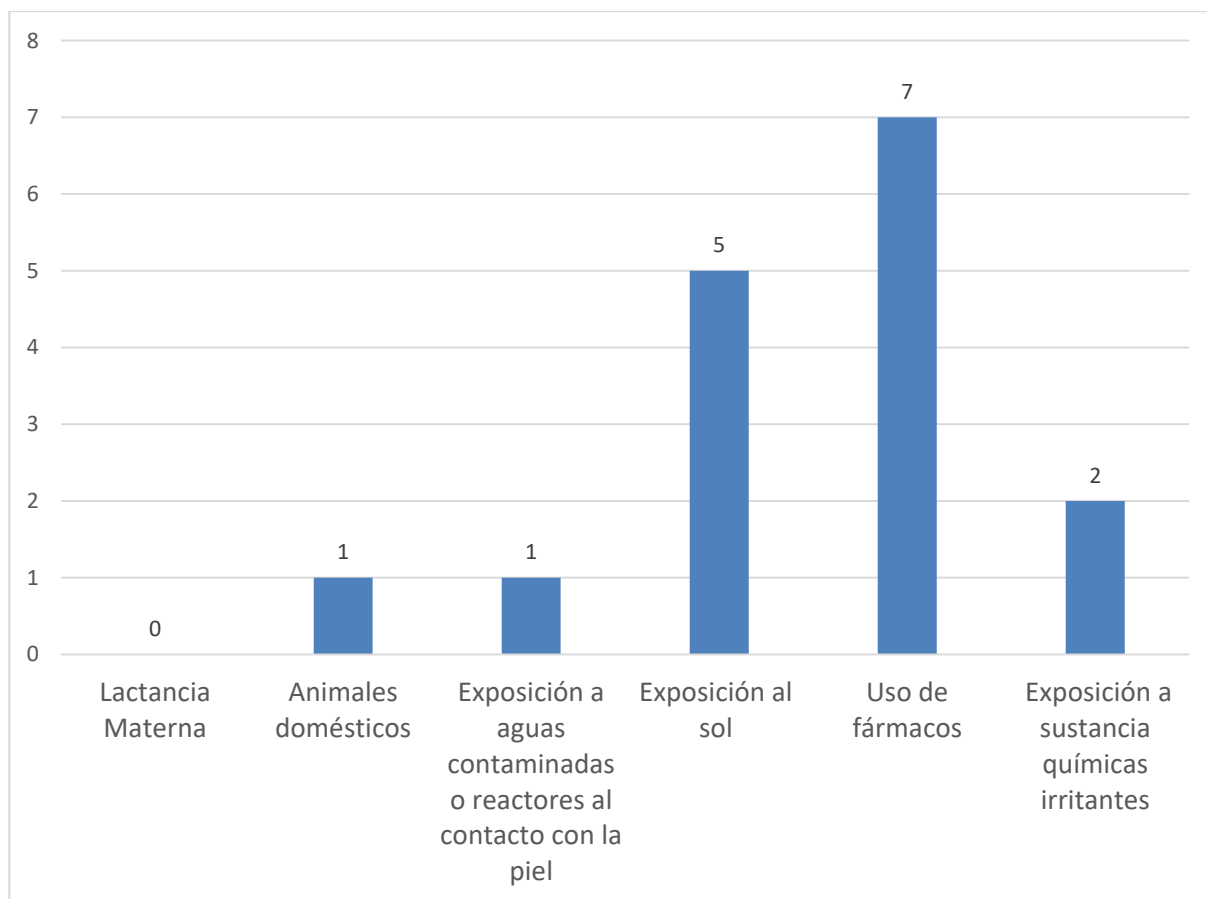
FUENTE: TABLA 3



FUENTE: TABLA 3

GRÁFICO NO 4

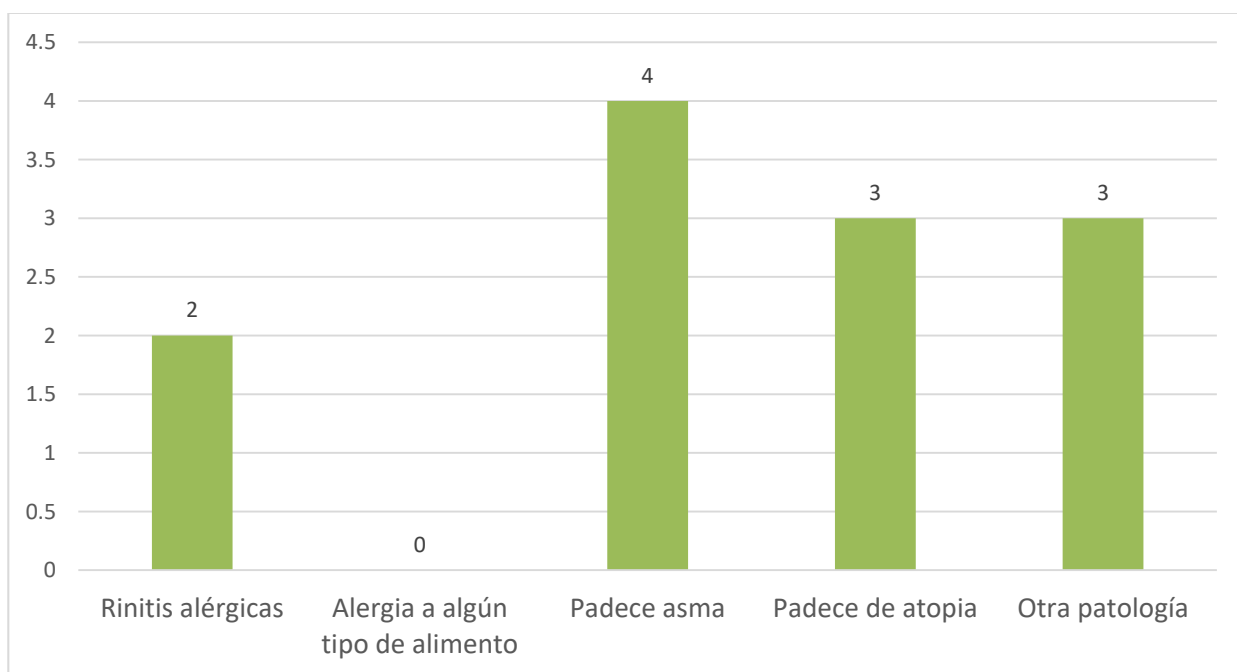
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS DE LOS NIÑOS
ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE
– NOVIEMBRE, 2016



FUENTE: TABLA 4

GRÁFICO NO 5

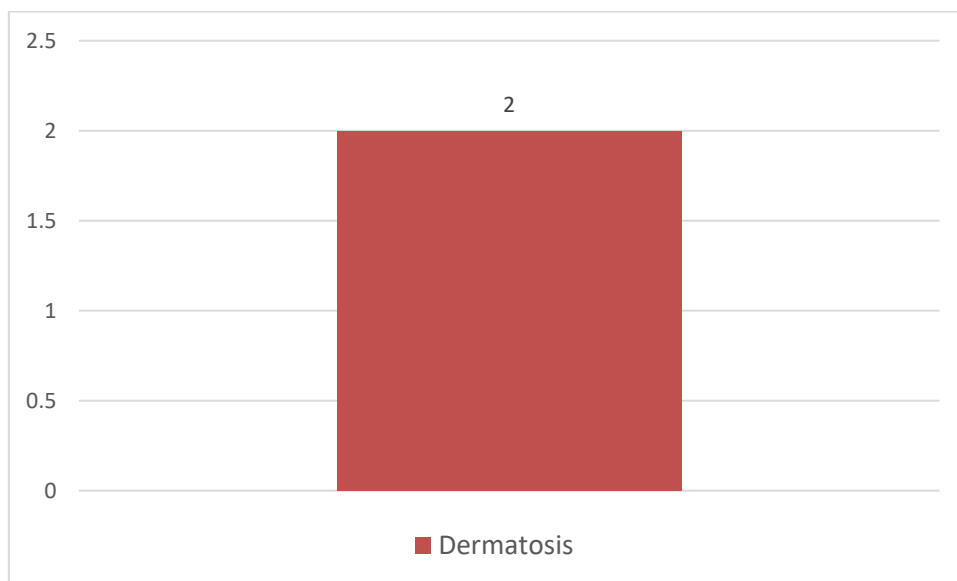
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016



FUENTE: TABLA 4

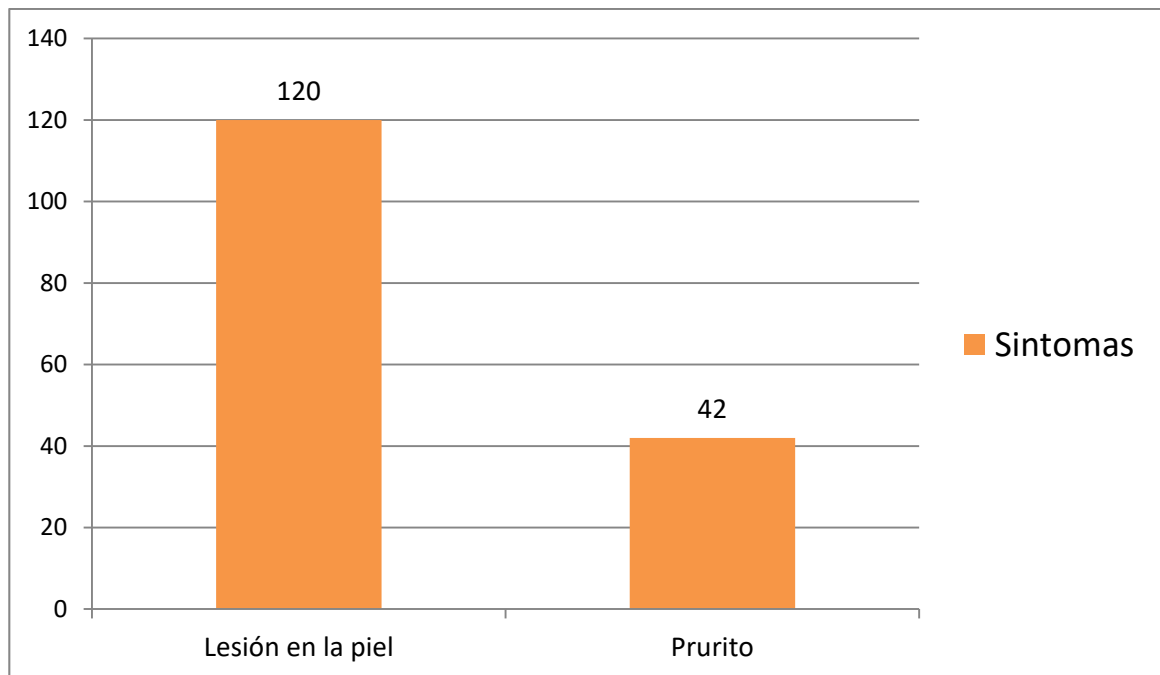
GRÁFICO NO 6

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016



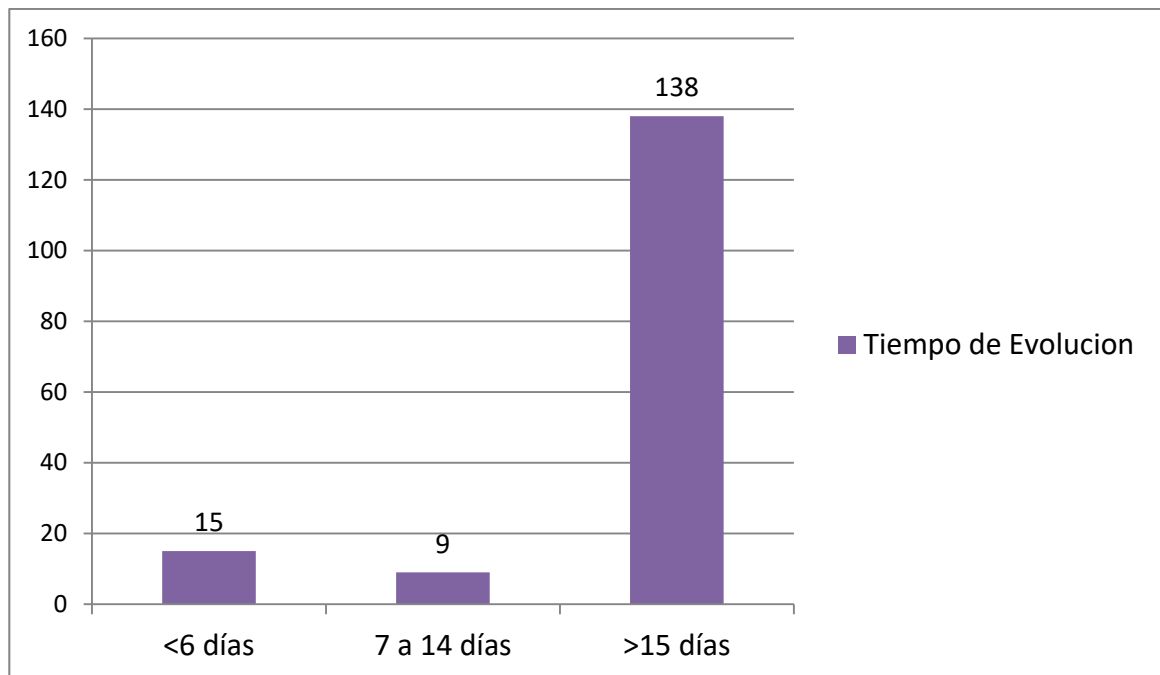
FUENTE TABLA 5

GRÁFICO NO 7
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO
NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016



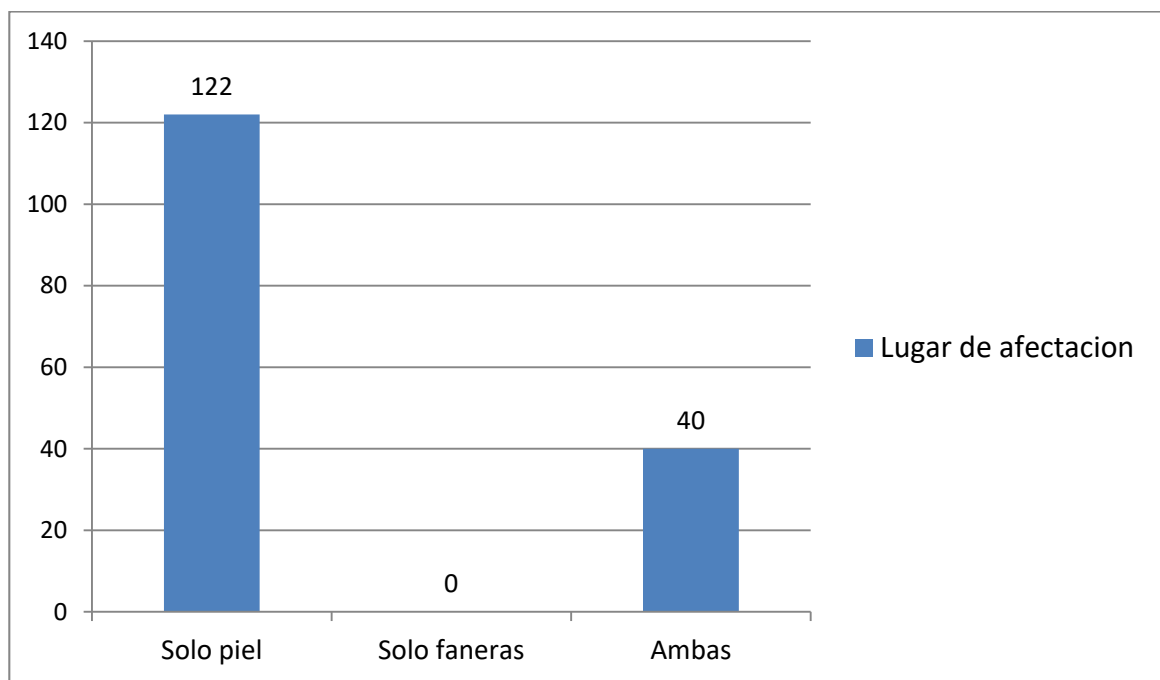
FUENTE: TABLA 6

GRÁFICO NO 8
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO
NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016



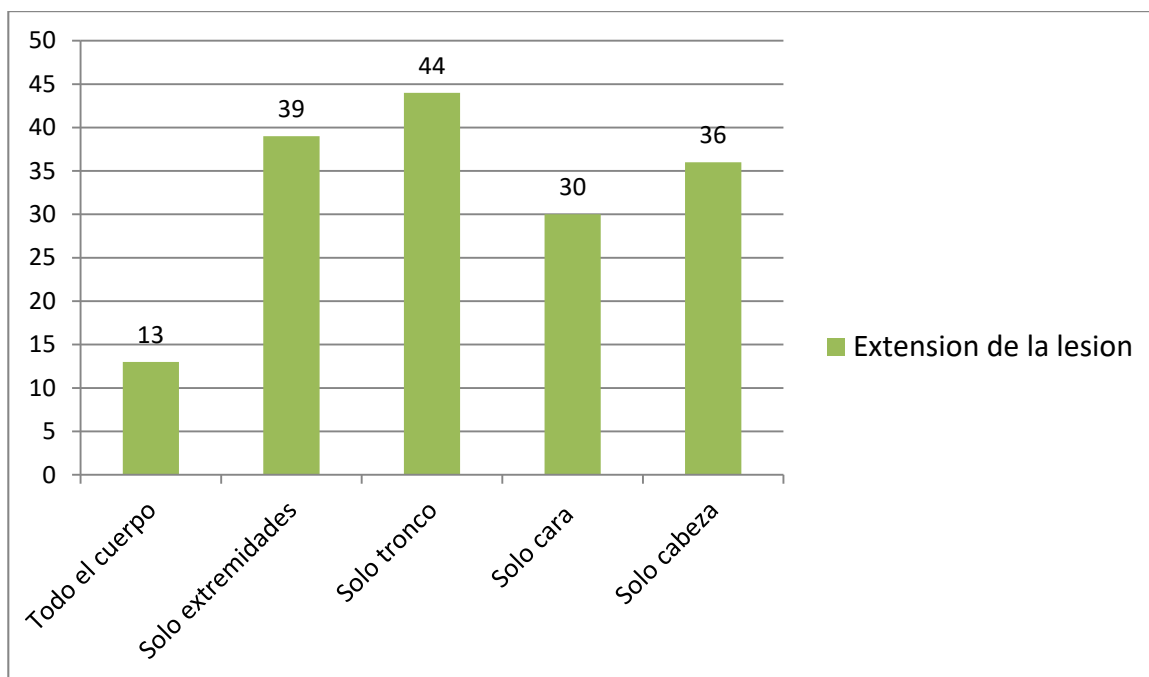
FUENTES: TABLA 6

GRÁFICO NO 9
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO
NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016



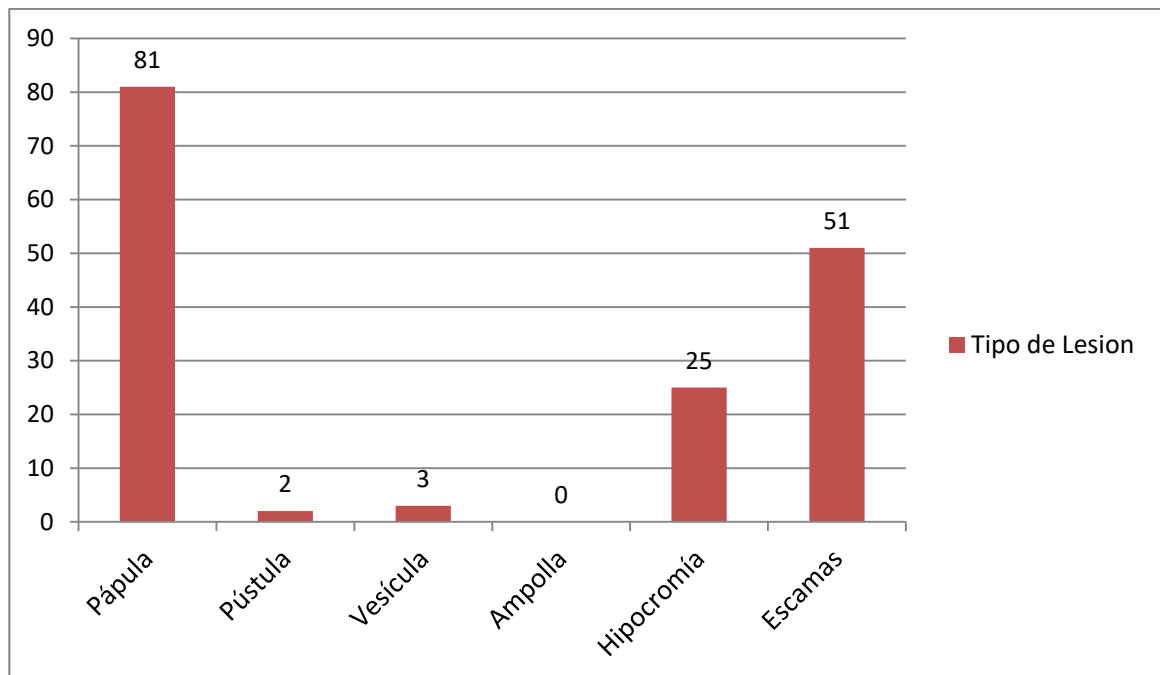
FUENTE: TABLA 6

GRÁFICO NO 10
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO
NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016



FUENTE: TABLA 6

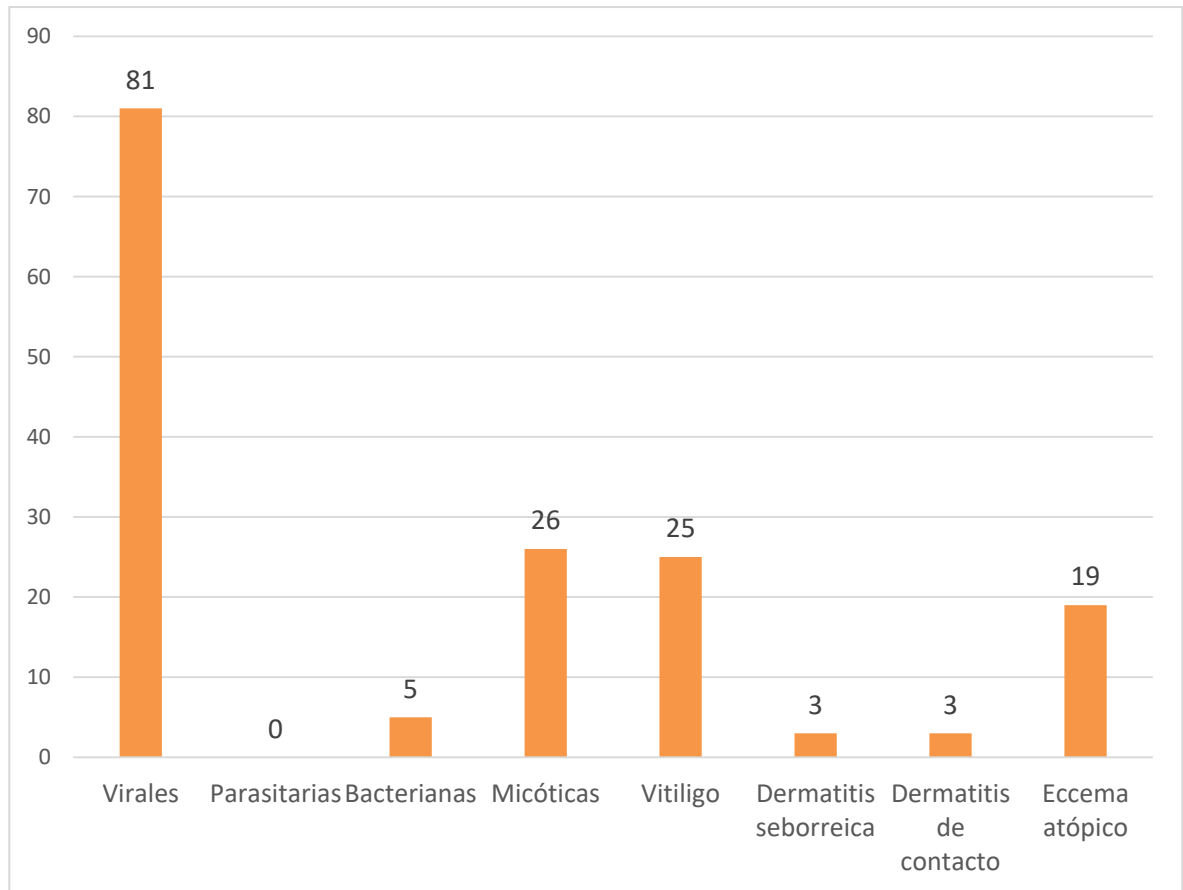
GRÁFICO NO 11
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO
NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016



FUENTES: TABLA 6

GRÁFICO NO 12

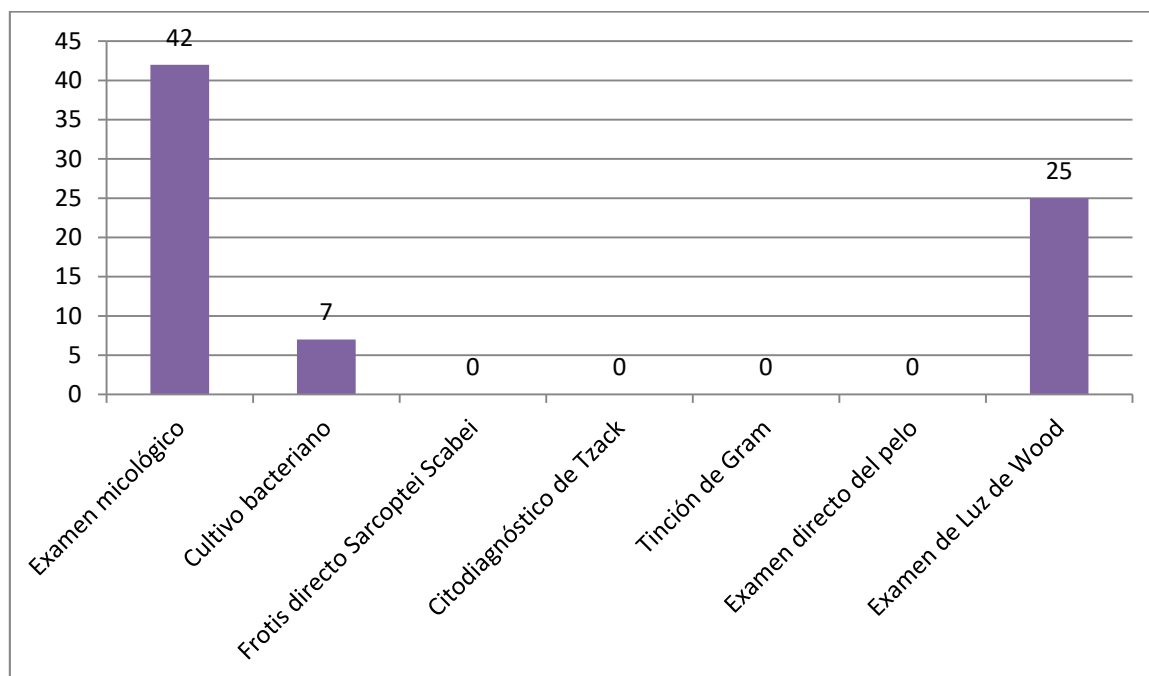
DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016



FUENTE: TABLA 7

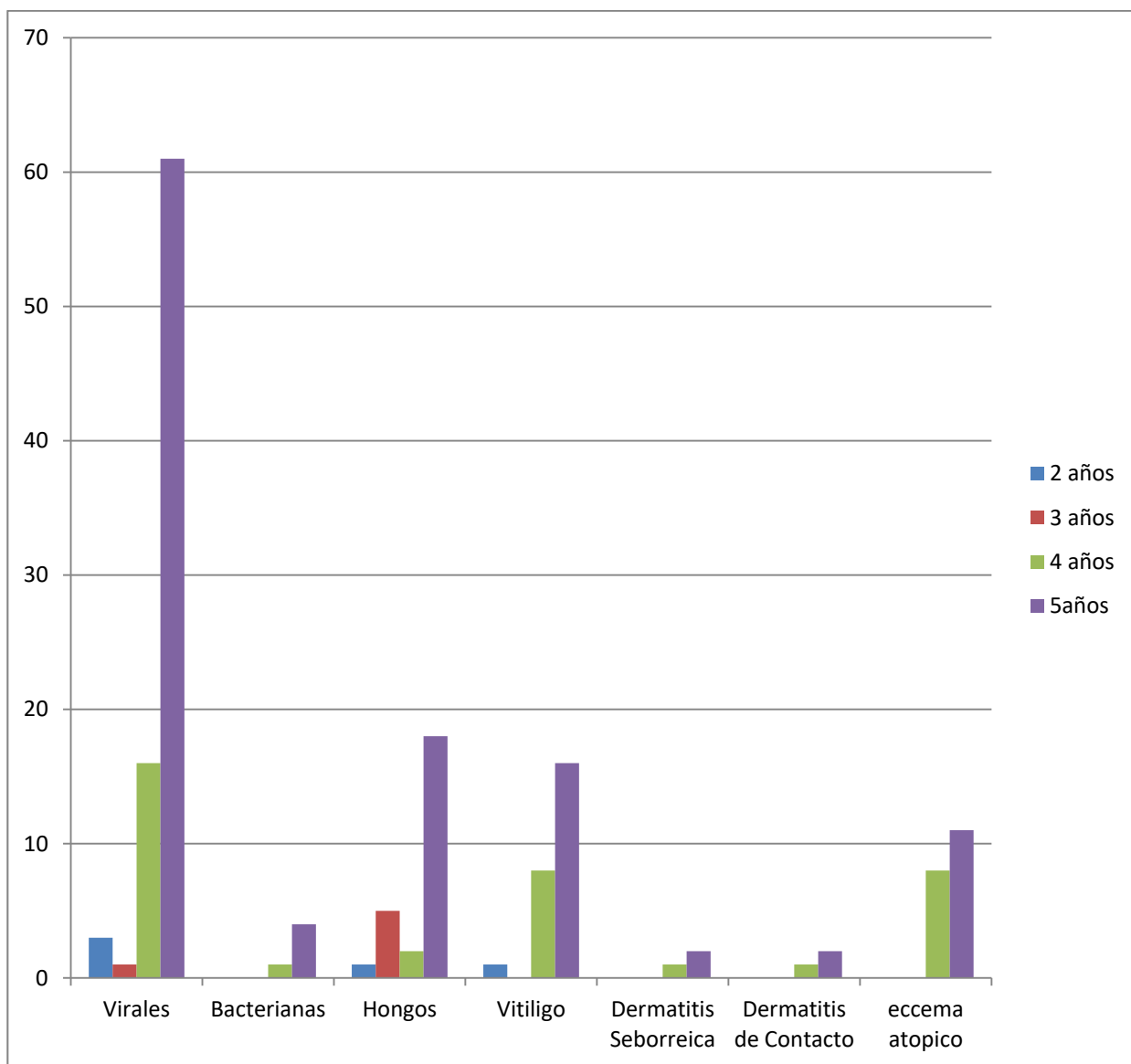
GRÁFICO NO 13

MEDIOS DE LABORATORIO UTILIZADOS EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016



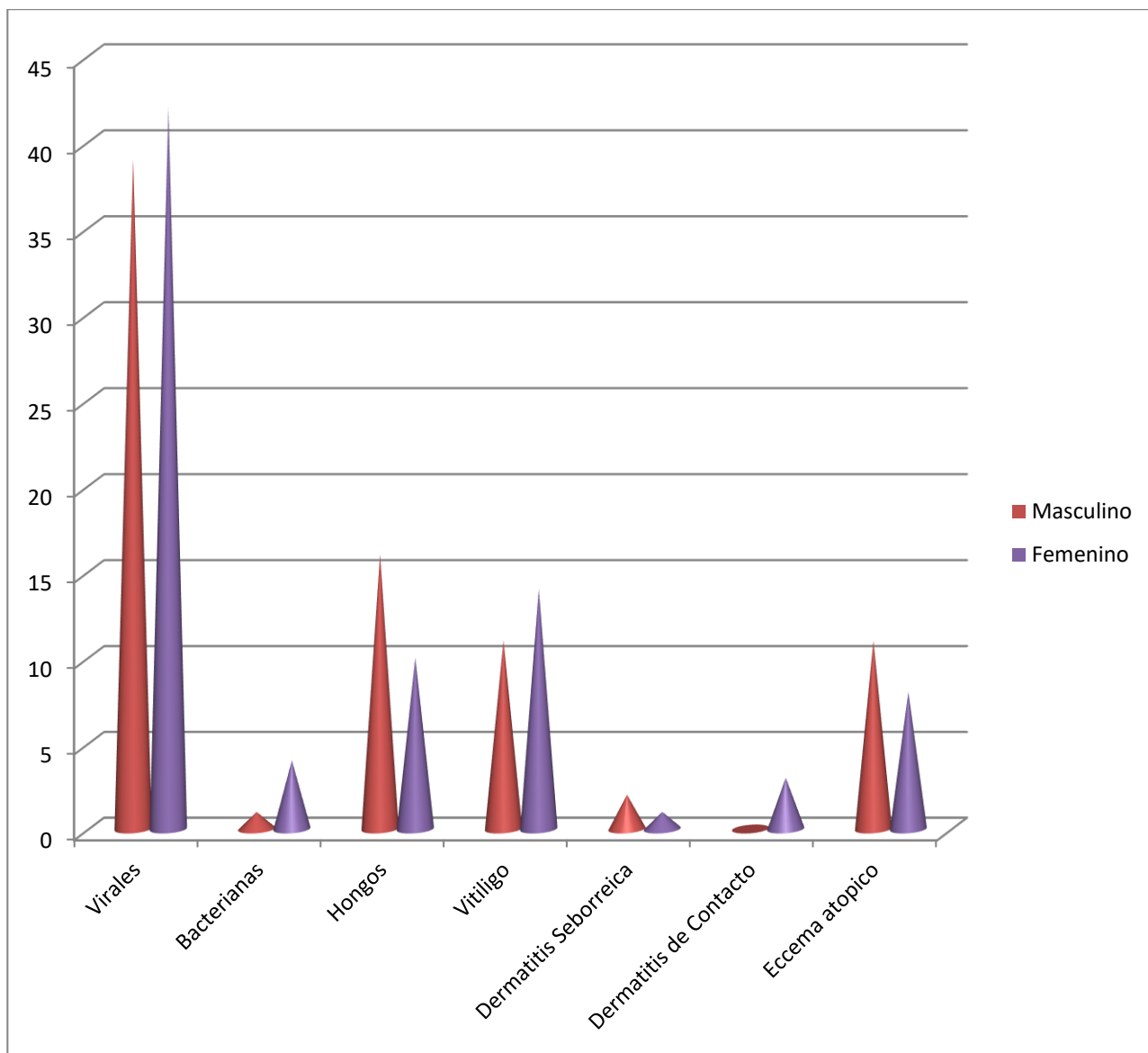
FUENTE: TABLA 8

GRÁFICO NO 14
DIAGNÓSTICO CLÍNICO VS EDAD EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL
CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE,
2016



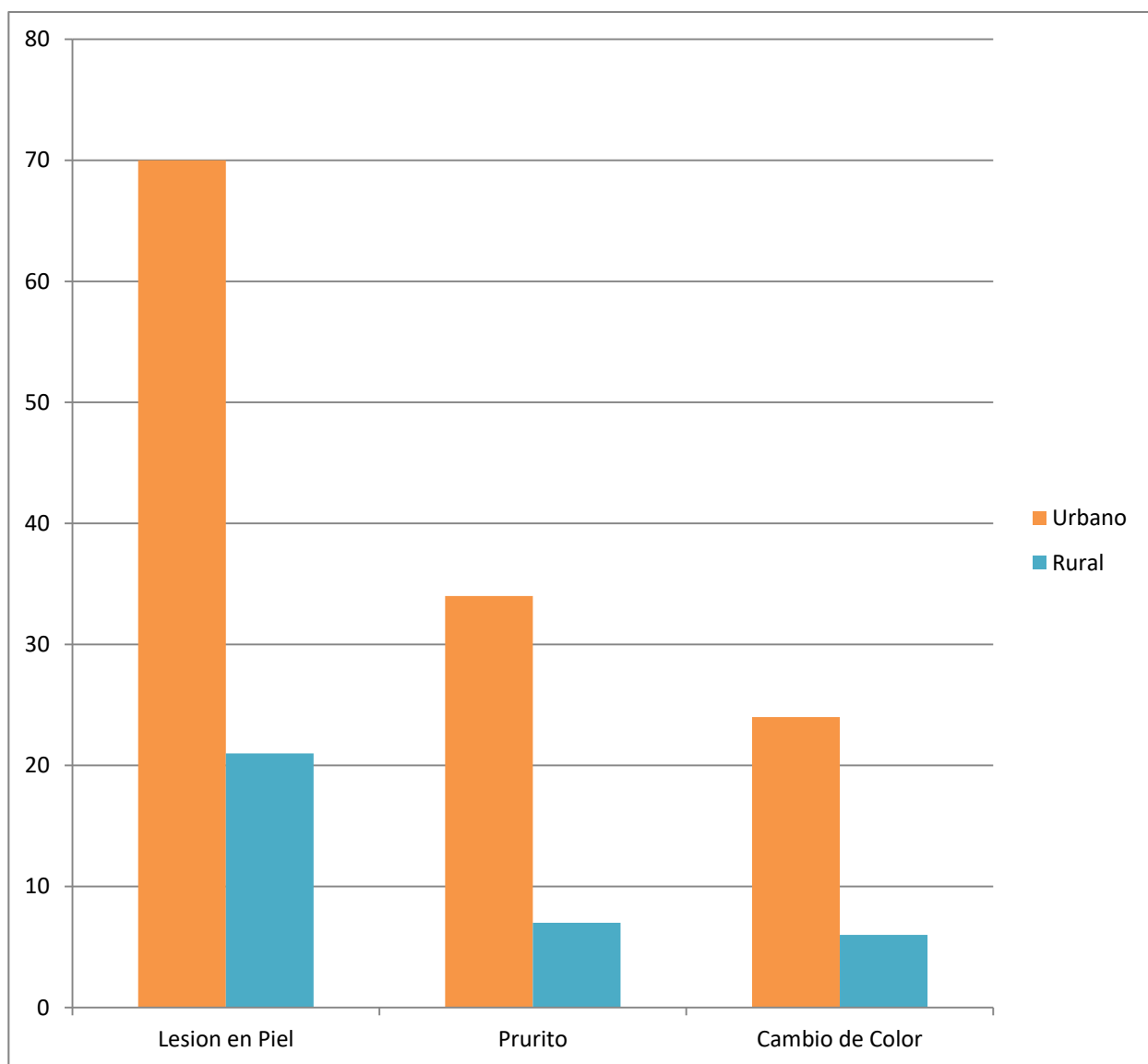
FUENTE: TABLA 9

GRÁFICO NO 15
DIAGNÓSTICO CLÍNICO VS SEXO EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL
CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE,
2016



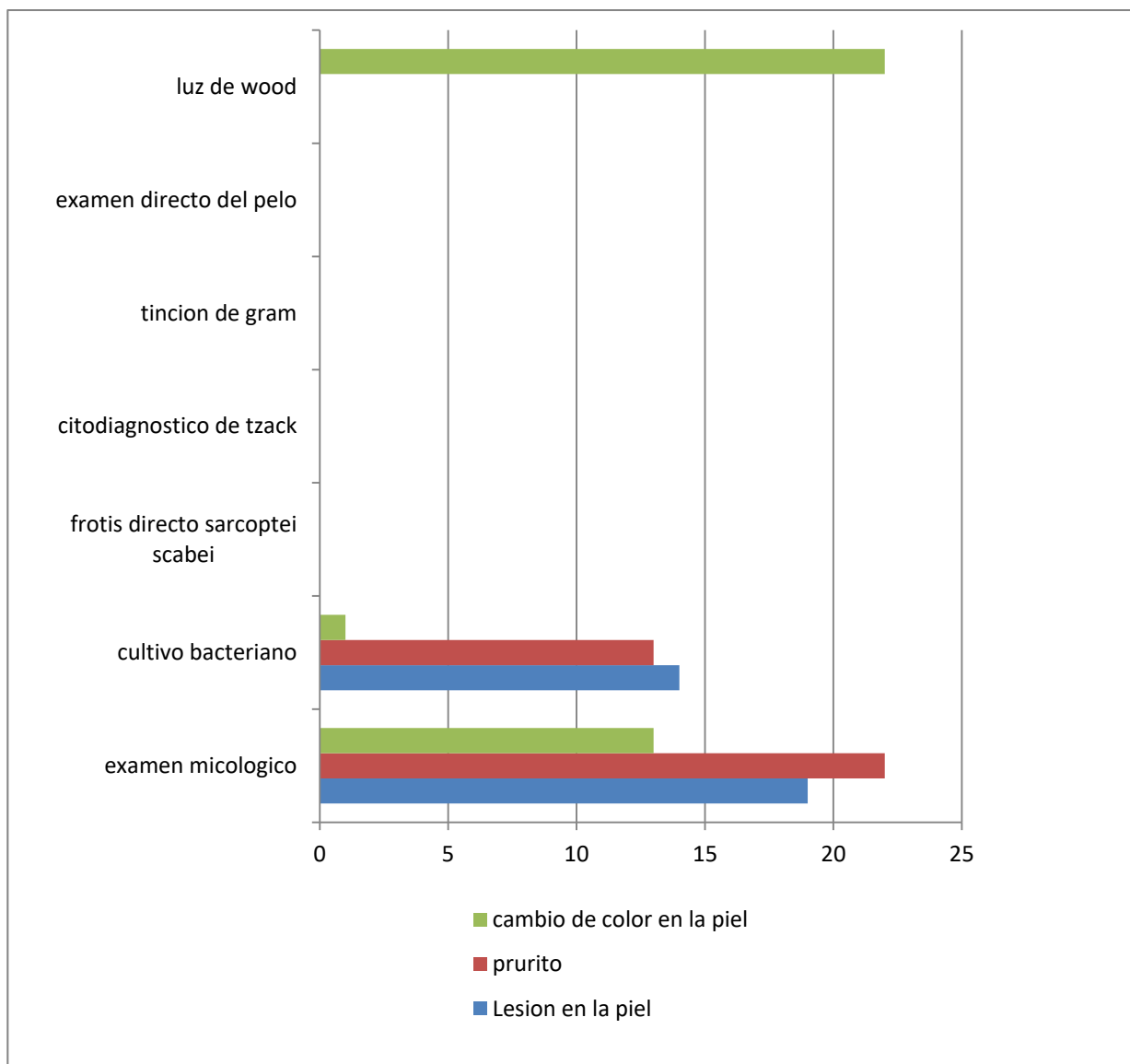
FUENTE: TABLA 1

GRÁFICO NO 16
MANIFESTACIONES CLÍNICAS VS PROCEDENCIA EN LOS NIÑOS
ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA, SEPTIEMBRE
– NOVIEMBRE, 2016



FUENTE: TABLA 11

GRÁFICO NO 17
MEDIOS DE LABORATORIO VS MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LOS
NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO NACIONAL DE DERMATOLOGÍA,
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE, 2016



FUENTE: TABLA 12

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN – MANAGUA

Tema: Comportamiento de enfermedades dermatológicas en niños atendidos en Centro

Nacional de Dermatología, septiembre a noviembre, 2016

Nota: La información será recolectada por los mismos investigadores a través de los expedientes

I. Datos Socio-demográficos.

- a. Edad. ____ años
- b. Sexo. M ____ F ____
- c. Procedencia: Departamento _____ Urbano ____ Rural ____

II. Antecedentes personales del niño. Marque con X. o lo sugerido.

- 1. Recibió lactancia materna. si ____ no ____ Duración de amamantamiento <6m ____ 6 a 12m ____ >12m ____
- 2. Hay animales domésticos. si ____ no ____
- 3. Exposición en las ultimas 2 semana a agua de Ríos ____ Lagos ____ Mares ____
- 4. Frecuenta exponerse al sol por mucho tiempo. si ____ no ____
- 5. Uso de fármaco por periodo prolongado. si ____ no ____ Cuál? _____
- 6. Exposición a productos químicos incluyendo colonias, crema, si ____ no ____
- 7. Padres con problemas de salud dérmicas. si ____ no ____
- 8. Padece de rinitis. si ____ no ____ Alergia a algún tipo de alimento. _____
- 9. Padece asma. si ____ no ____
- 10. Padece de atopia si ____ no ____
- 11. Otra patología. _____

III. Manifestaciones Clínicas

- a. Motivo de consulta: Lesión en la piel ____ Prurito ____
- b. Tiempo de evolución de los síntomas. <6 días ____ 7 a 14 días ____ >15 días ____
- c. Afecta solo piel. ____ Afecta solo faneras. ____ Ambas ____
- d. Ubicada. Todo el cuerpo ____ Solo tronco ____ Solo extremidades ____ Solo cara ____ Solo cabeza ____
- e. Signos y síntomas.
La lesión es: Pápula ____ Pústula ____ Vesícula ____ Ampolla ____ Escamas ____
Hipocrómica ____ Con alopecia ____

IV. Diagnóstico.

- a. Clínico _____
- b. Laboratorio. Examen Micológico ____ Cultivos Bacterianos ____ Frotis direto Sarcoptei Scabei ____ Citodiagnóstico de Tzack ____ Tinción de Gram Examen directo del pelo ____ Examen de Luz de Wood ____

